
**Planeamento Estratégico e Controlo de Gestão em
Cuidados de Saúde Primários no Serviço Nacional de Saúde
– Proposta de framework aplicada ao Agrupamento de
Centros de Saúde de Sintra**

Gonçalo Manuel Carvalheiro Envia

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadores:

Prof. Doutor Henrique José da Rocha O'Neill, Professor
Associado com Agregação,
ISCTE

setembro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Planeamento Estratégico e Controlo de Gestão em Cuidados de Saúde Primários no Serviço Nacional de Saúde – Proposta de framework aplicada ao Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra

Gonçalo Manuel Carvalheiro Envia

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadores:

Prof. Doutor Henrique José da Rocha O'Neill, Professor Associado com Agregação,
ISCTE

setembro, 2023

O presente documento apresenta a dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas da ISCTE Business School, tendo por base o caso do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, elaborado de acordo com as Regras de elaboração de dissertação ou trabalho de projeto de mestrado de setembro de 2020.

Agradecimentos

Este documento é fruto de um longo e complexo processo sendo legítimo reconhecer e agradecer o papel relevante que várias pessoas tiveram neste caminho:

Aos profissionais do ACeS Sintra, em especial da Unidade de Apoio à Gestão e Conselho Clínico e de Saúde, e ao Conselho Diretivo da ARSLVT, pela disponibilidade e partilha de conhecimento.

À Catarina, Cristina, David, Hugo, Inês e João pela amizade desde o Executive Master e que me estimularam a continuar para Mestrado.

À Fátima Garcia e Carlos Canhota que desde o primeiro momento participaram na reflexão e apoiaram este trabalho.

Ao João Ramires, João Sarmento, José Luís Biscaia e Miguel Lemos que, com grande generosidade, aceitaram de imediato a colaboração no trabalho e cujos contributos definiram de modo substantivo o resultado desta dissertação.

Ao Prof. Henrique O'Neill que aceitou o desafio de orientar este trabalho na área da saúde e cujo apoio constante, partilha de ideias e estímulo à reflexão e acompanhamento próximo foram fulcrais para a conclusão do trabalho.

Aos meus pais pelo apoio sempre presente e incondicional.

Sumário

A evidência da ligação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a melhores resultados em saúde, maior equidade e segurança e maior custo-eficácia fazem destes o pilar fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde, sendo necessário o desenvolvimento dos sistemas de saúde alicerçados em CSP como estratégia para alcançar uma Cobertura Universal de Cuidados de Saúde.

Os inúmeros desafios de gestão do ACeS não foram acompanhados pelas ferramentas previstas, existindo uma falta de instrumentos de controlo de gestão integrados e de uma *framework* adaptada à realidade nacional que permita o enquadramento e construção desses mesmos instrumentos.

A presente tese aborda uma proposta para a construção de um instrumento operacional de controlo de gestão e uma *framework* de correlação de dados e bases de dados aplicável aos CSP em Portugal, que permita o planeamento de forma agregada e controlo em várias áreas da governação (*corporate* e *clinical*), validada através de focus group integrando especialistas reconhecidos na matéria.

Foram assim criadas 4 propostas de *dashboards* (Organizacional, Acesso, Desempenho Assistencial e Utentes sem Equipa de Saúde Familiar) e de dimensões que permitam a disponibilização de informações a gestores, direções clínicas, equipas e profissionais, fulcrais para a tomada de decisões informadas, e uma matriz de correlação de dados que possa operacionalizar a construção dos *dashboards*. Globalmente procurou-se, definir uma matriz de dados considerados relevantes e que, mesmo não sendo atualmente possível recolher os dados de forma automatizada, sirva como guia para o desenvolvimento de ferramentas futuras e como base de reflexão para as necessidades de governação nos CSP.

Palavras – chave: Cuidados Saúde Primários, Governação Organizacional, Governação Clínica, Planeamento Agregado, Sistemas de Informação,

Classificação JEL:

H75 Governo Estadual e Local: Saúde • Educação • Bem-estar • Pensões públicas

I19 Saúde: Outros

Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) aplicáveis: 3. Saúde de Qualidade; 8. Trabalho Digno e Crescimento Económico;

Abstract

The evidence of the link between Primary Health Care (PHC) and better health outcomes, greater equity, safety, and cost-effectiveness makes them the fundamental pillar for strengthening healthcare systems. It is necessary to develop healthcare systems grounded in PHC as a strategy to achieve Universal Health Care coverage.

The numerous management challenges faced by the Primary Health Care Groups (PHCG) have not been accompanied by the anticipated tools. There is a lack of integrated management control instruments and a framework adapted to the national reality that would allow the framing and construction of these instruments.

The present thesis addresses a proposal for the development of an operational management control tool and a data correlation framework applicable to PHC in Portugal. This framework enables integrated planning and control in various areas of governance (corporate and clinical), validated through a focus group comprising recognized experts in the field.

As a result, four dashboard proposals were created (Organizational, Access, Care Performance, and Patients without a Family Health Team), along with dimensions that enable managers, clinical directors, teams, and professionals to provide crucial information for informed decision-making. Additionally, a data correlation matrix was developed to operationalize the construction of the dashboards. Overall, the aim was to define a matrix of data considered relevant, which, even if it is not currently possible to collect data in an automated manner, serves as a guide for the development of future tools and as a basis for reflecting on governance needs in PHC.

Keywords: Primary Health Care, Corporate Governance, Clinical Governance, Aggregate Planning, Information Systems.

JEL Classification:

H75 State and Local Government: Health, Education, Welfare, and Public Pensions

I19 Health: Other

Relevant Sustainable Development Goals (SDGs):

3. Good Health and Well-being, 8. Decent Work and Economic Growth

Índice

Índice.....	iii
Índice de Quadros e Figuras.....	v
Glossário	vi
1. Introdução	1
1.1. Direito Universal à Saúde	1
1.2. Cuidados de Saúde Primários	2
1.3. Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	2
1.4. Contextualização - ACeS Sintra	5
1.5. Definição do Problema e Objetivo do Trabalho.....	6
2. Revisão da literatura.....	8
2.1. Desafios para os Cuidados de Saúde Primários	8
2.2. Ineficiências e Iniquidades dos Sistemas de Saúde.....	10
2.3. Gestão de Serviços de Saúde	11
2.4. Estratificação do Risco.....	14
2.5. Planeamento e Controlo.....	15
2.5.1. Recursos Humanos.....	16
2.5.2. Sistemas de Informação	18
2.6. Melhoria Contínua da Qualidade	19
3. Metodologia	20
4. Focus Group	22
4.1. Validação e partilha de dificuldades	24
4.2. Estratégia e governação (<i>corporate governance vs. clinical governance</i>)	24
4.3. Desconstrução e Mudança de foco	25
5. Instrumentos e Modelo Conceptual.....	26
5.1. Dashboards	27

5.1.1.	Organizacional.....	28
5.1.2.	Acesso	31
5.1.3.	Desempenho Assistencial.....	34
5.1.4.	Utentes sem Equipa de Saúde Familiar	39
5.2.	<i>Use Cases</i>	41
5.3.	Diagrama de Classes	45
5.3.1.	Utentes.....	47
5.3.2.	Unidade Funcional e Projetos/Intervenção.....	49
5.3.3.	Recursos Humanos.....	51
5.3.4.	Produtividade e Desempenho.....	54
6.	<i>Conclusões e Recomendações</i>.....	55
7.	<i>Bibliografia</i>	57

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1 - Número de ARS em Portugal e evolução do número de ACeS e USF (2009 e 2023)	3
Quadro 2 – CSP em Números – Dados nacionais, regionais (Lisboa e Vale do Tejo) e locais (ACeS Sintra) (fonte BI-CSP, ref. a 31/07/2023)	3
Figura 1.1- Modelo organizativo dos cuidados de saúde primários, adaptado de Firmino-Machado et al., 2017.....	4
Figura 2.1 - As 3 dimensões da Cobertura Universal de Saúde (WHO & World Bank, 2015).....	8
Figura 2.2 – Framework de monitorização dos CSP proposta por Barbazza et al., 2019	13
Figura 2.3 – Cinco estratégias para a constituição de serviços centrados no cidadão (World Health Organization et al., 2018)	13
Figura 2.4 – Pirâmide de Kaiser (World Health Organization, 2016).....	14
Figura 5.1 – Dashboard correspondente à dimensão Organizacional.....	28
Figura 5.3 – Dashboard correspondente à dimensão Desempenho Assistencial	34
Figura 5.4 – Proposta de análise do gráfico de dispersão Desempenho vs. Produção	36
Figura 5.5 - Proposta de análise do gráfico de dispersão Utilização CSP vs. Hospitalar em patologias específicas	37
Figura 5.6 - Proposta de análise do gráfico de dispersão Episódios Serviço Urgência (SU) vs Consultas Doença Aguda.....	38
Figura 5.7 – Dashboard correspondente à dimensão Utentes sem Equipa de Saúde Familiar.....	39
Figura 5.8 – Diagrama de Use Case relativo à estrutura dirigente do ACeS Sintra	41
Figura 5.9 - Diagrama de Use Case relativa à Gestão de Recursos Humanos	42
Figura 5.10 - Diagrama de Use Case relativo aos Utentes.....	43
Figura 5.11 – Framework de relação de dados para construção dos dashboards apresentados .	45
Figura 5.12 – Framework simplificado numa estrutura em quadrantes com proposta de estrutura de relação entre categorias.....	46

Glossário

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
AT - Assistente Técnico
BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DE-SNS - Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRC - Doença Renal Crónica
ETC - Equivalentes a Tempo Completo
HTA - Hipertensão Arterial
HU - High Users
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICU - Índice de Complexidade do Utente
IDG - Índice de Desempenho Global
IDS - Índice de Desempenho Setorial
MGF - Medicina Geral e Familiar
OMS - Organização Mundial de Saúde
PEM - Prescrição Eletrónica Médica
PNG - Patient Need Groups
PRR - Plano de Recuperação e Resiliência
RHV - Recursos Humanos e Vencimentos
RNU - Registo Nacional Utentes
RSE - Registo de Saúde Eletrónico
SIARS - Sistema de Informação das ARS
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SU - Serviço de Urgência
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS - Unidade Local de Saúde
UP - Unidades Ponderadas
USF - Unidade de Saúde Familiar

1. Introdução

1.1. Direito Universal à Saúde

A Saúde é um bem fundamental consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual afirma no seu artigo 25º que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”(United Nations General Assembly, 1948). Consequentemente, este papel de destaque e relevância do acesso universal à Saúde encontra-se também espelhada na Constituição da República Portuguesa no seu artigo 65º que afirma que “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e este é realizado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”(Constituição da República Portuguesa. DR 1º série n.º 86 (1976-04-10), 1976).

A universalidade de acesso a cuidados de saúde é uma questão transversal a nível mundial e vários têm sido os modelos de financiamento e gestão desenvolvidos, de acordo com os valores políticos e económicos de cada região.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cobertura Universal de Cuidados de Saúde como a possibilidade de toda a população receber os serviços e cuidados de saúde essenciais que necessitem, incluindo iniciativas de promoção da saúde (ex. políticas antitabágicas), prevenção de doença (ex. vacinação) e providenciar tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (incluindo cuidados em fim de vida) com qualidade para serem efetivos e não exporem o utente ou as famílias a dificuldades financeiras (WHO & World Bank, 2015) sendo este um dos pontos chave dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos pela OMS.

A evidência da ligação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a melhores resultados em saúde, maior equidade e segurança e maior custo-eficácia fazem destes o pilar fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde, estando o aumento do investimento em CSP associado a uma redução dos custos em saúde e do uso de cuidados secundários/hospitalares, além do impacto positivo na esperança média de vida, mortalidade por todas as causas e mortalidade infantil, neonatal e materna (Anderson, Averi Albala, Patel, & Lloyd, 2018). Como estratégia para alcançar uma Cobertura Universal de Cuidados de Saúde é essencial o desenvolvimento dos sistemas de saúde alicerçados em CSP (WHO & UNICEF, 2020).

1.2. Cuidados de Saúde Primários

Os CSP, tal como delineados em 1978 pela Declaração de Alma Ata e mais recentemente, em 2018, na Declaração de Astana (WHO, 2018), são um modelo de cuidados de saúde com cinco funções nucleares: acessibilidade num primeiro contacto, continuidade de cuidados, cuidados compreensivos e adequados, cuidados coordenados e cuidados centrados na pessoa. A acessibilidade num primeiro contacto cria um ponto estratégico de entrada e melhora o acesso aos serviços de saúde; a continuidade de cuidados fomenta a relação duradora entre a pessoa e os profissionais de saúde; os cuidados compreensivos e adequados asseguram que são prestados cuidados abrangentes na área da promoção de saúde, proteção, cuidados preventivos, curativos, reabilitação e paliativos de acordo com as necessidades; os cuidados coordenados permitem a articulação entre todos os níveis de serviços de saúde e ao longo do tempo; os cuidados centrados na pessoa permitem que os cuidados são adaptados à pessoa em concreto, promovendo a sua capacitação e dando o suporte necessário para que as decisões possam ser partilhadas e para que possam participar na definição do seu plano de cuidados.(WHO, 2022). Os CSP atuam na comunidade e no indivíduo, estando a melhoria da saúde interligada com a eficácia das intervenções nestes grupos e interdependentes entre si (Junges, Barbiani, & Zoboli, 2015)

Existe evidência robusta que estabelece a relação entre os CSP e melhores resultados em saúde, maior eficiência dos sistemas de saúde, maior segurança e maior equidade no acesso à Saúde, reforçando a necessidade de priorização e investimento nos CSP, colocando-os como elemento basilar dos sistemas de saúde, sendo esta medida essencial para a prossecução do objetivo de Cobertura Universal de Cuidados de Saúde.(WHO & UNICEF, 2020)(Anderson et al., 2018).

1.3. Cuidados de Saúde Primários em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1979, através da publicação da Lei n.º 56/79, como instrumento do Estado para garantir o acesso universal à saúde. Em 1983 foram regulamentados os Centros de Saúde e em 1984 os médicos clínicos gerais (com regulamentação própria em termos de carreira em 1982) adquirem o estatuto de médicos de família (Ministério da Saúde, 2021).

Apesar da evolução que o Serviço Nacional de Saúde e a carreira de Medicina Geral e Familiar foram tendo, em 2005 foi constituído o Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, responsável pela reflexão e emissão de recomendações que levaram à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) permitindo economias de escala com melhor organização de recursos (principalmente em zonas carenciadas), priorização de novos investimentos e estudos epidemiológicos mais abrangentes, através da agregação de vários

Centros de Saúde (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). Criaram também as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), promovendo a constituição de pequenas equipas prestadoras de cuidados em unidades funcionais autónomas com maior proximidade ao cidadão (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007), melhor acessibilidade, com a intersubstituição de profissionais e a oferta de consulta no próprio dia para situações agudas, melhores instalações e melhor qualidade assistencial, com maior satisfação de utentes e profissionais e maior eficiência (Lapão & Pisco, 2019). Este modelo inovador das USF (que se dividem em modelo A e B) permitiu associar à remuneração base, um sistema de pagamento adicional misto juntando pagamento por acréscimo lista de utentes, pagamento por desempenho, *fee-for-service* (domicílios), e pagamento por função (orientador ou coordenador). Este pagamento é exclusivo das USF modelo B, uma vez que serão equipas com maior maturidade organizacional, melhor acesso e consequentemente melhores resultados em saúde, sendo o modelo A entendido como uma fase transitória até ao modelo B.

Quadro 1 - Número de ARS em Portugal e evolução do número de ACeS e USF (2009 e 2023)

	n	USF
ARS	5	
ACeS (2009)	68	124
ACeS (2023)	55	617

Para uma melhor caracterização da realidade dos CSP no SNS em Portugal, é útil analisarmos a realidade atual quer em termos de número de utentes (total e sem médico) de unidades e profissionais (Quadro 2).

Quadro 2 – CSP em Números – Dados nacionais, regionais (Lisboa e Vale do Tejo) e locais (ACeS Sintra) (fonte BI-CSP, ref. a 31/07/2023)

	Nº Utentes	Utentes sem MF	USF	UCSP	UCC	Profissionais Total (ETC)	Médicos / M. Internos (ETC)	Enfermeiros (ETC)	AT (ETC)	Outros (ETC)
Nacional	10 602 543	1 627 286	617	304	279	28277,0	6247,3 / 2181,6	9 283,4	6 296,9	4 267,9
ARSLVT	3 914 288	1 136 904	193	86	56	8530,5	1972,3 / 753,0	2 621,9	1 980,9	1 202,4
ACeS Sintra	378 136	128 819	19	8	5	726,1	184,2 / 65,0	248,0	165,0	63,8

Legenda: ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; AT – Assistente Técnico; ETC – Equivalentes a Tempo Completo (1 ETC corresponde a 1 profissional contratado pelo número de horas correspondente a um horário completo); MF – Médico de Família; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar.

Desde a constituição dos ACeS foi prevista na legislação, e republicada no novo Estatuto do SNS, a constituição de um Conselho da Comunidade com objetivos de acompanhamento e monitorização da atividade do ACeS com integração da visão das principais partes interessadas (*stakeholders*) da

comunidade e um Conselho Executivo com funções executivas (com a constituição exposta na Figura 1.1) mas até agora nunca implementados.

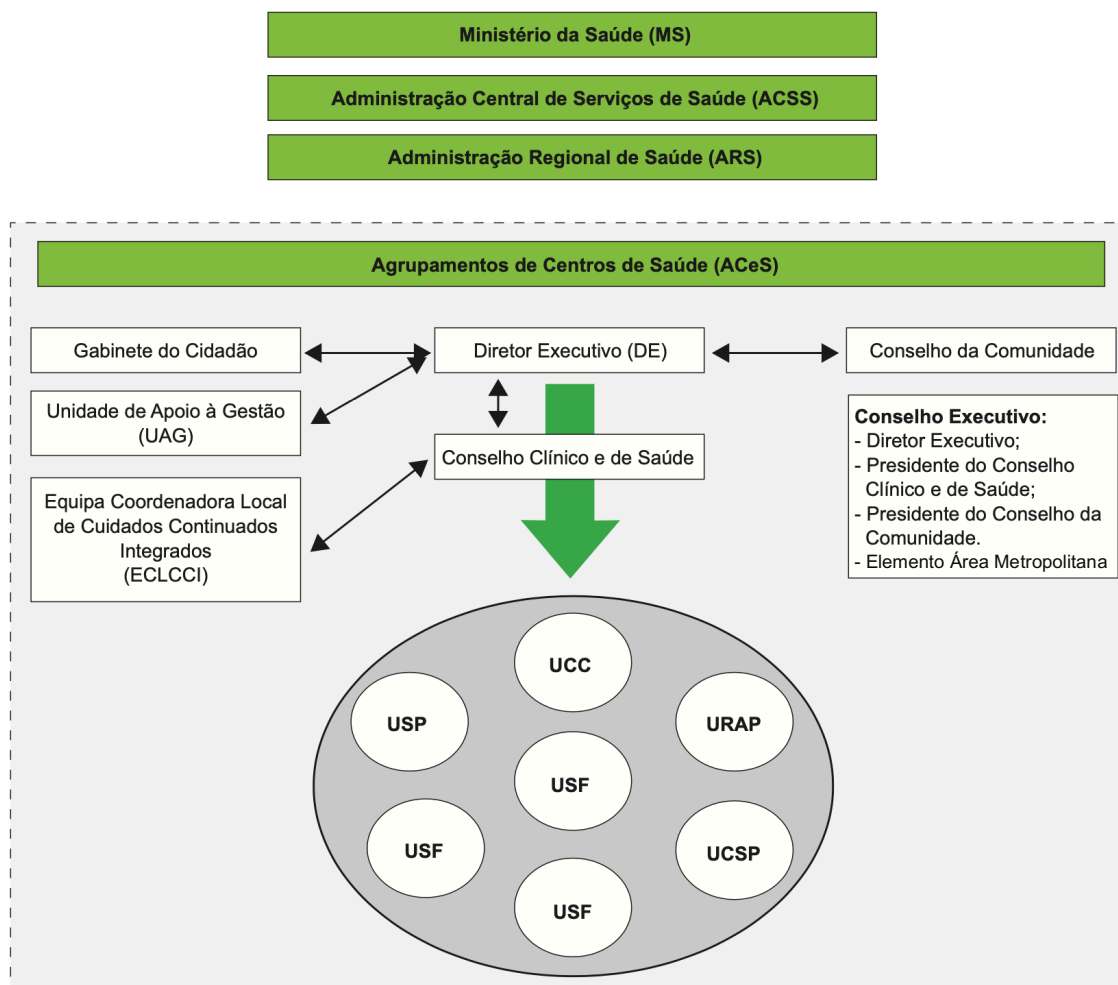


Figura 1.1- Modelo organizativo dos cuidados de saúde primários, adaptado de Firmino-Machado et al., 2017

Um dos principais pilares dos ACeS prende-se com a governação (organizacional e clínica) integrando diferentes elementos (definir missão, visão e valores, aplicar técnicas de gestão, estabelecer uma aproximação estratégica, planear a atividade do ACeS e investimentos em novos recursos para otimização da capacidade disponível, garantir da acessibilidade e qualidade quer organizativa quer clínica baseadas em boas práticas e melhor evidência disponível, entre outros), a maioria dos quais relacionados com a qualidade clínica (medicina baseada na evidência, auditorias, acreditação), garantindo o desenvolvimento profissional contínuo e criando condições favoráveis à inovação (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

À data de elaboração da presente tese, a Direção Executiva do SNS (DE-SNS) tem apostado numa mudança estratégica gestonária global ao nível do Serviço Nacional de Saúde através da generalização do modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS), passando Portugal a contar com um aumento das atuais 8 para 39 ULS até final de 2023 (Direção Executiva Serviço Nacional de Saúde,

2023) fazendo a transferência da gestão dos CSP pelas ARS para as ULS, com alteração da função das ARS, deixando de assumir a prestação de cuidados a focar-se no planeamento regional de recursos (Conselho de Ministros, 2022).

As ULS são uma forma de integração vertical de cuidados hospitalares e CSP, com uma estrutura de gestão única, sendo responsáveis pela prestação de cuidados de saúde, promoção de saúde e saúde pública da população de uma determinada zona geográfica (S. Lopes et al., 2017), visando a promoção da integração de cuidados, com maior proximidade das instituições, maximizando o acesso e a eficiência do SNS (Direção Executiva Serviço Nacional de Saúde, 2023).

1.4. Contextualização - ACeS Sintra

O ACeS Sintra, funcionando como tal desde 2012 e que resultou da fusão de 3 agrupamentos presentes no concelho de Sintra, é o quarto maior ACeS do país, garantindo a prestação de cuidados a 378 136 utentes inscritos (Quadro 2), e tem área de influência coincidente com o concelho de Sintra, apresentando o maior saldo natural nacional (significativamente superior ao segundo concelho – Braga – com 223 vs. 122) mas com uma tendência de envelhecimento populacional significativo (apresenta atualmente um rácio de 111,2 idosos por cada 100 jovens) (PorData, 2021)

É constituído por 36 unidades funcionais (19 USF, 8 UCSP, 5 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, 1 Centro de Feridas Complexas), geridos por uma Direção Executiva e um Conselho Clínico e de Saúde, com o apoio da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), na qual se incluem os setores de Recursos Humanos, Contabilidade, Aprovisionamento, Informática e Sistemas de Informação, Gestão de Frota, entre outros.

Atualmente este ACeS apresenta um grave défice de recursos humanos, consubstanciado pela existência de quase 129.000 utentes frequentadores sem equipa de família atribuída, provocando dificuldades significativas no acesso a cuidados de saúde, aliado a uma situação pós-pandémica de grande exaustão dos profissionais. Esta circunstância ainda será mais agravada até ao final do ano de 2023 e 2024 pelo número significativo expectável de aposentações médicas e rescisões contratuais/pedidos de mobilidade nos vários grupos profissionais.

Na lógica de mudança organizacional do SNS já referida, o ACeS Sintra integrará a ULS Amadora Sintra em janeiro de 2024, pelo que a estrutura de gestão atual sofrerá modificações.

1.5. Definição do Problema e Objetivo do Trabalho

A OMS defende que, em todos os sistemas de saúde, o modelo de cuidados deve ser sempre adaptado para otimizar a efetividade, equidade e eficiência, e desenhados de acordo com o contexto dado que as necessidades e exequibilidade de implementação pode variar significativamente (ex. rural vs. urbano). Por outro lado, o modelo é fundamental na organização dos elementos estruturais (governança, financiamento, recursos humanos, edificado, sistemas de informação e outras tecnologias de saúde) e que deveriam ser facilitadores na implementação do modelo de cuidados desejado (WHO & UNICEF, 2020).

A criação dos ACeS baseou-se num objetivo de adequar e otimizar os recursos existentes ao nível dos centros de saúde introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização, permitindo melhorar a qualidade do serviço, reduzir custos, racionalizar recursos e diminuir a burocracia, garantindo em simultâneo a introdução de uma diferenciação técnica e governação clínica.

No entanto, os inúmeros desafios de gestão do ACeS não foram acompanhados pelas ferramentas previstas, existindo uma falta de instrumentos de controlo de gestão integrados e de uma *framework* adaptada à realidade nacional e que permita o enquadramento e construção desses mesmos instrumentos. Apesar dessas ferramentas poderem vir a surgir de uma forma natural no modelo ULS, definiu-se como objetivo da presente tese, na modalidade de dissertação, a construção de um instrumento operacional de controlo de gestão e uma *framework* de correlação de dados e bases de dados aplicável aos CSP em Portugal, que permita o Planeamento (operacional, tático e estratégico (Datz, Hallberg, Harris, Harrison, & Samples, 2012)) de forma agregada e controlo em várias áreas como o acesso, desempenho e condição das unidades funcionais (analisando recursos humanos – alocação a unidades funcionais e projetos, níveis e qualidade de serviço, remuneração de horas extraordinárias, atribuição equilibrada de listas de utentes), permitindo a elaboração de relatórios de *forecast* quer em termos de evolução populacional e respetivas comorbilidades quer de recursos humanos, tendo por base a atividade do ACeS Sintra, uma vez que ocupo atualmente o cargo de Diretor Executivo.

Com a publicação do Estatuto do SNS, defendida há vários anos pela necessidade de otimização do modelo organizativo dos CSP e aposta na governação e gestão de proximidade ao nível dos ACeS (Firmino-Machado et al., 2017), e que levou à criação de uma Direção Executiva do SNS e com a integração dos CSP no modelo ULS, com alteração do modelo de gestão e de financiamento (por capitação ajustado ao risco (Campos, 2023)), torna-se ainda mais premente o objeto da presente tese, uma vez que as especificidades dos CSP exigem que a abordagem à sua monitorização, avaliação e financiamento seja adequada ao contexto, com base num plano de ação plurianual e adequado às condições específicas de cada ACeS.

Por outro lado, na gestão de processos, poderá permitir o controlo e monitorização das unidades quer ao nível do acesso dos utentes, o desempenho de cada unidade e identificação atempada de situações que necessitem de apoio/intervenção, permitindo também um planeamento adequado na contratação de novos profissionais, alocação de recursos e inovação na resolução de problemas complexos e específicos.

Com a renovação geracional abrupta que se assiste na Saúde neste momento, as mudanças no mapa de pessoal, em todos os grupos profissionais, deve ser encarada como uma oportunidade para garantir uma distribuição adequada de recursos, quer humanos quer financeiros – estabelecendo prioridades de investimento em infraestruturas, criando condições para a prestação de cuidados de saúde de qualidade em proximidade (prioridade máxima dos Cuidados de Saúde Primários), garantindo melhores condições no exercício profissional e assim criar atratividade para a captação e fixação de profissionais.

2. Revisão da literatura

2.1. Desafios para os Cuidados de Saúde Primários

O acesso à saúde, como direito humano fundamental, tem levado a OMS definir como objetivo a Cobertura Universal de Cuidados de Saúde, ou seja, todas as pessoas poderem receber os serviços de saúde que necessitam. Decorrente desta definição podemos definir 3 dimensões: serviços de saúde (efetivos), financeira e população – representadas no Cubo de Cobertura (Figura 2.1).

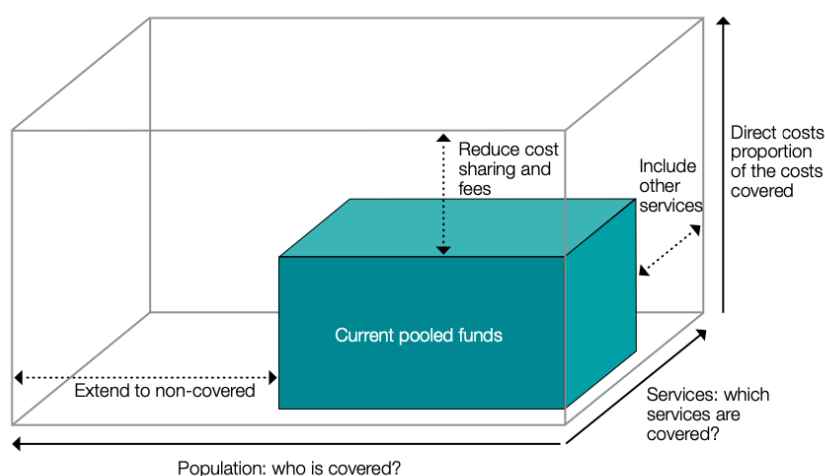


Figura 2.1 - As 3 dimensões da Cobertura Universal de Saúde (WHO & World Bank, 2015)

É objetivo de todos os países encontrar estratégias de forma a “preencher o cubo”. No entanto, e uma vez que os recursos são finitos e, conseqüentemente ao aumento dos custos, variações nos recursos (humanos, equipamentos, financeiros, ...) e evolução demográfica, torna-se necessário fazer ajustamentos constantes ao planeamento definido, o desígnio da cobertura universal surge mais numa lógica de trajeto, um caminho que se vai percorrendo, um processo dinâmico e flexível permeável às variações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, do que uma meta/um destino dada a aparente inatingibilidade definitiva do mesmo.

Encontramo-nos atualmente numa era com inúmeros desafios para alcançar este objetivo, não só pelas questões de imprevisibilidade económica e financeira como pela própria evolução demográfica e de valores de cada geração. Os *Millennials* (pessoas nascidas depois de 1981 até final do séc. XX), a *Geração X* (1964 – 1980) e os *Baby-boomers* (1946-1979) estão a entrar em novas fases de vida simultaneamente e com elas existem exigências para redução de custos, cuidados de saúde convenientes para os próprios e melhor gestão de doença crónica e resultados em saúde. De acordo com um relatório da KPMG (KPMG, 2019) referente à população Norte Americana, 54% dos millennials

diz ter adiado cuidados de saúde devido ao custo e 45% não têm um médico de cuidados de saúde primários (em Portugal essa figura corresponde à do Médico de Família). As preocupações com o custo e necessidade de cuidados de saúde episódicos levam este grupo de utentes a procurar cuidados pontuais em vez de um elemento de referência que permita uma relação mais duradora. Por outro lado, os americanos com cinco ou mais doenças crónicas perfazem 12% da população adulta, mas 41% do total de despesa em cuidados de saúde e o custo de cuidar da população mais doente (seis ou mais doenças crónicas) é o dobro da média do custo da população com apenas três ou quatro patologias.

Os CSP estão numa posição ideal para responder às rápidas alterações económicas, tecnológicas e demográficas que ocorrem no mundo e que exercem, todas elas, impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas. Um estudo revelou que, aproximadamente, metade das conquistas obtidas na redução da mortalidade infantil entre 1990 e 2010 se deveu a fatores externos ao setor da saúde (nomeadamente, água e saneamento, educação, crescimento económico). A abordagem dos CSP atrai uma multiplicidade de *stakeholders* para definirem as políticas destinadas a abordar os determinantes sociais, económicos, ambientais e comerciais da saúde e bem-estar. Tratar as pessoas e as comunidades como elementos centrais na promoção da sua própria saúde e bem-estar é crucial para compreender e dar resposta às complexidades de um mundo em mudança (WHO, 2021).

Em Portugal continuam a existir várias medidas necessárias para o fortalecimento dos CSP (relacionados com as quatro vertentes do planeamento estratégico, ou seja, definição da situação atual, objetivos futuros, como alcançamos esses objetivos e que medidas concretas precisamos de tomar para os alcançar (Boissoneau, Belton, & Schwahn, 1992; Rodríguez Perera & Peiró, 2012; Swain, Aggarwal, & Kumar, 2020)): uma visão governamental clara para o futuro dos CSP, garantir a equidade no acesso, regimes remuneratórios adequados, planeamento prospetivo dos recursos humanos para evitar carências futuras e responder a novas necessidades e melhorar a coordenação e articulação entre níveis de cuidados. Um aspeto importante para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, melhorar a cobertura de saúde da população e, consequentemente, fortalecer a economia, prende-se o investimento nos CSP (sobretudo em recursos humanos), com a consciência que o reforço da sua atividade, nomeadamente nas intervenções preventivas e promoção de estilos de vida saudáveis, a longo prazo, poderão reduzir custos com doenças evitáveis e assim também aliviar o sistema de saúde (Lapão & Pisco, 2019).

Por outro lado, se a implementação de um plano estratégico em várias organizações de saúde está associada a um desempenho organizacional positivo, quando é encarado como um objetivo em si mesmo e não como um instrumento, não existe sucesso significativo (Esfahani, Mosadeghrad, & Akbarisari, 2018).

2.2. Ineficiências e Iniquidades dos Sistemas de Saúde

É possível definir ineficiência como a utilização de mais meios/recursos do que os necessários para produzir uma “unidade de produção”. Em Saúde podemos identificar as unidades de produção como consultas, atos clínicos, entre outros.

Existem múltiplos relatos de ineficiências nos sistemas de saúde, em vários pontos do circuito do utente, quer nos processos clínicos (p. ex. uso inadequado de medicação, sobreutilização dos serviços, serviços desnecessários, insuficiente delegação de tarefas) quer nos processos administrativos (p.ex. agendamento de consultas, renovação receituário), sendo a resistência à mudança de práticas já estabelecidas e a falta de confiança no retorno do investimento feitas barreiras ao aumento da eficiência nos CSP (James et al., 2015).

É por isso necessário promover a competência dos gestores e boa liderança de forma a garantir melhores resultados em saúde, de forma mais eficiente, com os recursos limitados existentes, estando provado que menor competência dos gestores em CSP pode afetar o desempenho da organização (A. G. Lopes, Narattharaksa, Siripornpibul, & Briggs, 2020).

As ineficiências dos sistemas de saúde também são elas próprias promotoras de iniquidade. O uso ineficiente dos recursos pode limitar ganhos em saúde, existindo por isso uma relação de sinergia entre eficiência e equidade (Anderson et al., 2018). Podemos definir equidade em saúde como o objetivo de garantir o mais alto padrão de saúde para todas as pessoas com especial atenção aos mais vulneráveis, tendo por base as suas condições sociais (Swain et al., 2020) existindo evidência robusta que os CSP melhoram o acesso a serviços de saúde e mitigam a influência na saúde das diferenças entre estratos socioeconómicos nos Estados Unidos (Anderson et al., 2018).

Teisberg, Wallace, & O'Hara, 2020 defendem que um modelo de organização de equipas dedicadas a utentes com necessidades de saúde equivalentes (mesma patologia, mesma idade, ...) com uma abordagem baseada na criação de valor em saúde, reduz iniquidades e promove a especialização. As estratégias de equipas e serviços organizados de acordo com o perfil do “cliente” é a que vemos aplicada a outros setores de serviços (por ex. transportes). No entanto, a organização da Saúde tem sido centrada no perfil do prestador e não do cidadão e isso tem justificado a deficiente integração de serviços, o aumento das ineficiências do sistema e o facto de haver elevadas despesas em saúde que não se traduzem em melhores resultados em Saúde.

Tudor Hart (Tudor Hart, 1971) definiu a denominada “Lei dos Cuidados Inversos” que afirma que “a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente com a necessidade dos mesmos na população servida”, ou seja, uma maior disponibilidade e prestação de cuidados está associada à menor necessidade dos mesmos, sendo esta Lei mais evidente nos locais onde os cuidados médicos estão mais expostos às leis de mercado.

Esta Lei reflete também o comportamento complexo da saúde e a iniquidade por vezes existente, sendo essencial encontrar mecanismos de gestão eficazes para melhorar estas discrepâncias.

2.3. Gestão de Serviços de Saúde

A gestão proficiente é essencial para o desenvolvimento sustentado dos sistemas de saúde, assente quer em gestores com as competências necessárias e em número suficiente, um sistema de apoio à gestão funcionante e um contexto laboral facilitador (Bahreini, Gholizadeh, Gedik, Yousefi, & Janati, 2021). Os mesmos autores identificam que os gestores hospitalares devem possuir competências ao nível da tomada de decisão informada com base em evidência, gestão de recursos, administração e operações, compreensão da organização e do contexto da saúde, liderança (de pessoas e da organização), boa comunicação interpessoal e gestão de relações, gestão da mudança e profissionalismo, tendo Nicolau, Faria, & Palos, 2021 identificado uma necessidade de compromisso e dedicação elevados nos gestores dos CSP pela complexidade na sua gestão e na coordenação de cuidados.

Na perspetiva de centralidade do cidadão e dos CSP nos sistemas de saúde, a OMS definiu um conjunto de estratégias de alavancagem dos CSP, divididas em nucleares e operacionais (WHO & UNICEF, 2020) das quais destaco duas nucleares e quatro operacionais relacionadas com os objetivos da presente tese:

- Modelos de Governação e Políticas (Nuclear) – Criar uma cultura organizacional que garanta a monitorização e avaliação através da partilha de conhecimento, mecanismos de feedback e um processo de tomada de decisão baseado em dados concretos, incluindo o utente na gestão dos protocolos de gestão através da sua participação via questionários de satisfação, análise de reclamações e sugestões e indicadores de saúde.

Nesta área importa destacar 2 conceitos que distinguem pontos de intervenção: *corporate* e *clinical governance* (passível de tradução como governação empresarial e clínica) (ACSQHC, 2017). À *corporate governance* cabe a criação e implementação de sistemas e processos que modelem, capacitem e supervisionem a gestão de uma organização, estando incluído neste tipo toda a atividade desenvolvida pelos órgãos dirigentes, nomeadamente de estratégia, definição de políticas, delegação de responsabilidades e assegurar a implementação de mecanismos de avaliação de risco. A *clinical governance*, sendo um aspeto da *corporate governance*, dedica-se a assegurar que a prestação de cuidados de saúde é segura, efetiva, integrada, de elevada qualidade e em melhoria contínua da qualidade.

- Financiamento e alocação de recursos (Nuclear) – Financiamento adequado para os CSP, mobilizado e alocado para promover a equidade no acesso, garantir um ambiente estimulante para permitir serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade e minimizar as dificuldades financeiras.

- Recursos Humanos nos CSP (Operacional) – Adequar quantidade, níveis de competência e distribuição de uma força de trabalho multidisciplinar comprometida em atenção primária à saúde, que inclui profissionais de saúde de instalações, de extensão e da comunidade, apoiados por uma supervisão de gestão eficaz e remuneração apropriada. É essencial melhorar a disponibilidade e alocação de profissionais de saúde a locais carenciados, mas também melhorar a produtividade e desempenho dos profissionais existentes. A robustez dos sistemas de informação de recursos humanos é um dos pilares essenciais para a definição informada de políticas e planeamento, sendo essencial também melhorar a monitorização do desempenho. A alocação e organização de recursos humanos deve ter em conta o contexto e recursos disponíveis para responder às necessidades de saúde e das populações, em evolução.

- Sistemas para melhorar a qualidade dos cuidados (Operacional) – Sistemas aos níveis local, regional e nacional para avaliar e melhorar continuamente a qualidade dos serviços de saúde.

- Investigação orientada para os cuidados de saúde primários (Operacional) – Investigação e partilha do conhecimento, incluindo a disseminação das formações e competências adquiridas, bem como a utilização do conhecimento para potenciar a expansão de estratégias bem-sucedidas com vista a fortalecer os sistemas orientados para os CSP.

- Monitorização e avaliação (Operacional) – Por meio de sistemas de informação de saúde funcionantes e que produzam dados fidedignos e confiáveis, baseados em indicadores selecionados, com produção de relatórios regulares (relativos às estruturas, equipamentos, execução financeira, gestão de recursos humanos, logística, avaliações qualitativas, questionários aos utentes e instituições) e permitam usar a informação para melhorar o processo de tomada de decisão e aprendizagem por *stakeholders* locais, nacionais e globais.

Atendendo aos vários objetivos de alavancagem dos CSP, permitindo a navegação e orientação neste trajeto de desenvolvimento fica patente a necessidade de criação de vários instrumentos de planeamento e controlo, essenciais para a evolução sustentável dos sistemas de saúde (Barbaza, Kringos, Kruse, Klazinga, & Tello, 2019), e que permitam monitorizar e avaliar o presente para se estabelecerem planos de ação e intervenções futuras informadas no sentido de melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, devendo esta análise ser realizada em três níveis de decisão: numa perspetiva local (pelo profissional de saúde/equipa de saúde/serviço), numa perspetiva intermédia de gestão mais flexível (Agrupamentos de Centros de Saúde, Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares, Administrações Regionais de Saúde) e numa perspetiva macro de definição

de políticas de saúde (Ministério da Saúde, Administração Central dos Serviços de Saúde, Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde).

Barbaza et al. propõe uma *framework* de análise para os CSP na região europeia (Figura 2.2) e que permite uma melhor compreensão deste nível de cuidados, com maior especificidade para países mais desenvolvidos, e que serve de base a algumas das premissas utilizadas no desenvolvimento da presente tese.

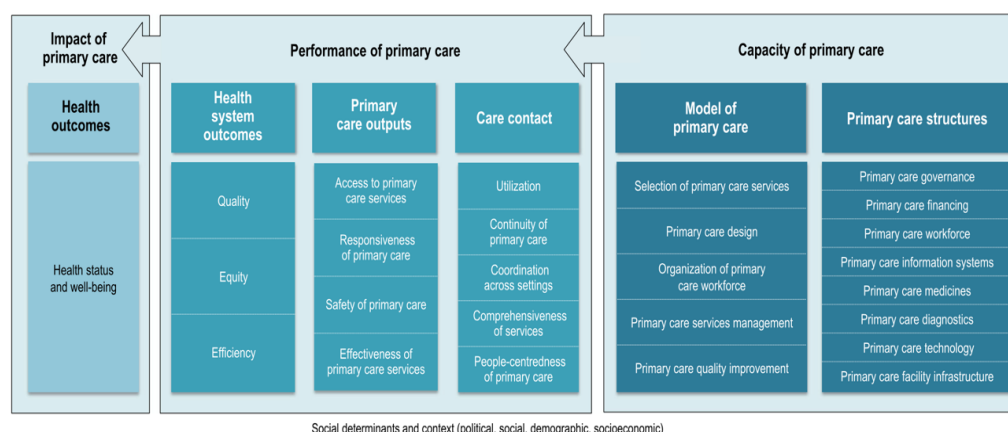


Figura 2.2 – Framework de monitorização dos CSP proposta por Barbaza et al., 2019

Um dos pontos essenciais apontados no modelo anterior e transversal a todos os documentos orientadores relativos aos CSP é a centralidade no cidadão. Um relatório da OMS aponta para cinco estratégias essenciais para a constituição de serviço centrados no cidadão (Figura 2.3), das quais destaco o fortalecimento da governação e responsabilização e a reorientação do modelo de cuidados tendo em conta o objeto da tese, pensando também na lógica de coordenação de serviços dada a eminência do modelo ULS.

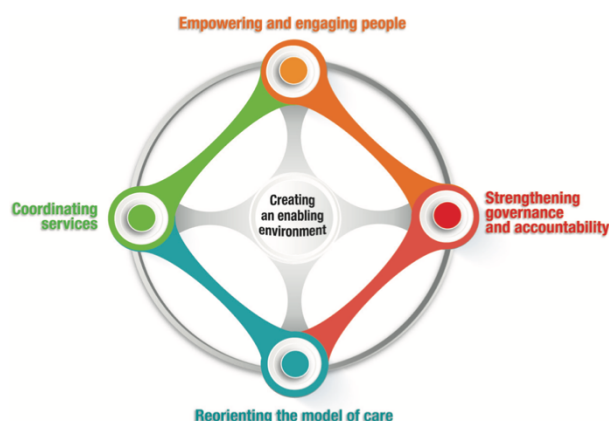


Figura 2.3 – Cinco estratégias para a constituição de serviços centrados no cidadão (World Health Organization et al., 2018)

Por outro lado, os sistemas de saúde devem evoluir de uma hierarquia rígida para redes e circuitos baseados em cooperação e colaboração, tendo os CSP como base fundamental do sistema e o cidadão colocado no centro do processo, com possibilidade de redefinição dos modelos de prestação de

cuidados e garantindo uma diminuição do intervalo entre o “saber” – aquilo que é conhecido como cuidados efetivos - e o “fazer” – o que é feito por rotina pelos prestadores. Para esta transformação é necessário a construção de novos mecanismos para criar confiança nos utentes e garantir a responsabilização de lideranças e governos, integrando todos os setores e níveis de cuidados na construção do sistema de saúde (CSP, Hospital e Setor Social) (World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank, 2018)

2.4. Estratificação do Risco

Denomina-se estratificação de risco à técnica de categorização sistemática de doentes/cidadãos com base na sua condição de saúde e outros fatores (sociais, educacionais, económicos, demográficos, ...), representando esse risco um risco clínico, ou seja, a probabilidade de ocorrência de um resultado clínico adverso (ACG Johns Hopkins, n.d.; Dera, 2019).

A gestão de cuidados de saúde baseados na estratificação tem assim como objetivo garantir maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, antecipação de necessidades e gestão proativa do estado de saúde da população.

O modelo de integração de cuidados da Kaiser Permanente (uma grande organização de saúde nos Estados Unidos) é um dos principais modelos de integração de cuidados baseado na estratificação de risco e disponibilização de tipologias de cuidados de saúde de acordo com as necessidades, com ações de prevenção para controlo de fatores de risco, promoção de autocuidados na maioria da população com doença crónica e gestão de caso em doentes de alto risco, combinando autocuidados com intervenção de profissionais de saúde (representado pela Pirâmide de Kaiser – Figura 2.4) (World Health Organization, 2016).

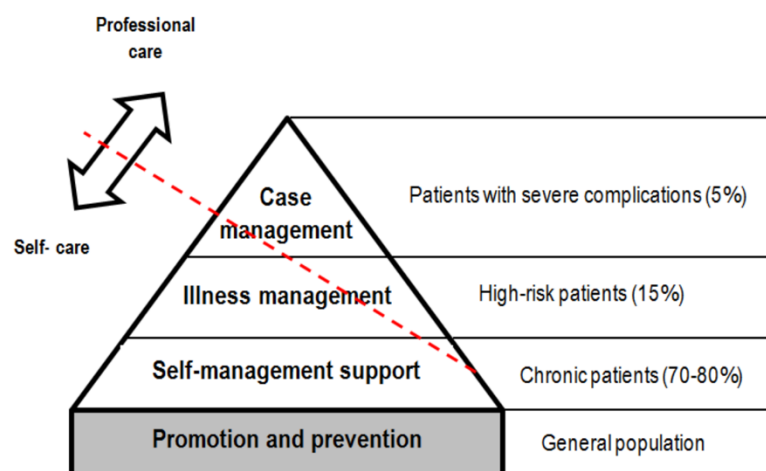


Figura 2.4 – Pirâmide de Kaiser (World Health Organization, 2016)

Com a aplicação destas ferramentas é possível ter uma visão mais integrada e completa do estado dos doentes, permitindo uma seleção dos utentes e das intervenções de saúde com mais impacto em cada tipologia de utente, priorização e alocação de recursos de acordo com os níveis de risco, ajustamento dos tempos de consulta em utentes mais complexos. Este processo deve ser dinâmico com reavaliação regular do risco para ajustamento das medidas a adotar uma vez que o risco se modifica ao longo do tempo (Dera, 2019).

2.5. Planeamento e Controlo

O Planeamento e Controlo são dois conceitos interligados relacionados com as atividades que tentam conciliar a necessidade gerada pelo mercado com a capacidade dos recursos existentes responderem a essa procura (Slack & Brandon-Jones, 2021).

Ao planeamento cabe o estabelecimento de prioridades alinhadas com a missão, visão e valores da organização e a elaboração de uma previsão de necessidades e de alocação de recursos, habitualmente com uma visão de médio-longo prazo. Não obstante poderá haver planeamento no curto prazo, mas com uma flexibilidade mais limitada. O planeamento é o componente mais importante de todos os programas de saúde, uma vez que tem em conta as necessidades globais de saúde de uma população ou área geográfica e define como podem essas necessidades ser acauteladas do modo mais efetivo e eficiente através da alocação de recursos atuais e futuros (Swain et al., 2020)

Ao controlo cabe a monitorização das atividades permitindo a intervenção atempada sobre desvios na atividade relativamente ao previsto.

O caso da Saúde é único pela sua complexidade, imprevisibilidade e multiplicidade de *stakeholders*, levando a que quer o planeamento quer o controlo tenha inúmeros desafios à sua implementação efetiva.

No entanto, as lideranças e organizações em saúde têm a responsabilidade de garantir que os seus serviços e programas são corretamente planeados, implementados e avaliados, como o envolvimento das comunidades e utentes, com o intuito de garantir a equidade nos cuidados e construir confiança na utilização dos serviços (Shah, Tiwari, & Brar, 2022). No entanto, a incompetência dos gestores tem gerado consequências negativas para os serviços, bem-estar e desempenho dos sistemas de saúde, sendo fundamental investir nas competências de gestão para melhorar o desempenho individual e coletivo nas organizações e que levará a melhores resultados em saúde. (A. G. Lopes et al., 2020)

Globalmente, os países têm vindo a redefinir a sua abordagem à prestação de cuidados de saúde, com o reconhecimento de que os recursos devem ser mobilizados para os serviços de saúde do modo mais eficiente e efetivo possível. Como principal recurso, e elemento central do Sistema, estão os

profissionais de saúde (indiferenciados e especializados) e que são sistematicamente a maior parcela de custo recorrente de qualquer serviço de saúde (Hornby & Forte, 2003) tornando-os mais vulneráveis a políticas de constrição de custos (Correia, Gomes, Nunes, & Dussault, 2020).

Por outro lado, a medição do desempenho de uma forma padronizada e comparável entre unidades, organizações ou países, nos CSP, é essencial para a utilização dessa informação no processo de decisão, apesar de ainda existirem muitas falhas (Barbazzà et al., 2019). As análises de custo eficácia (Neumann et al., 2006) e outros tipos de evidência para a tomada de decisão são necessários para melhorar a efetividade, eficiência e equidade nos sistemas de saúde, permitindo maximizar a utilização de recursos limitados, melhorar a satisfação dos utentes, definir intervenções custo-efetivas e, em última análise, melhorar os resultados em saúde de utentes em particular e da sociedade em geral (Shafaghat et al., 2022).

2.5.1. Recursos Humanos

Existe múltipla evidência sobre a necessidade de um eficaz planeamento a longo prazo de recursos humanos, principalmente na área da saúde e no estabelecimento de uma visão de longo prazo, para o sucesso da organização e desenvolvimento profissional (Martineau et al., 2022), garantindo o alinhamento de stakeholders no estabelecimento de uma estratégia eficaz para a sua implementação. A gestão financeira e dos dados/sistemas de informação tem sido mais abordada na literatura do que a gestão de recursos humanos. No entanto, uma eficaz gestão de recursos humanos, baseada em evidência, é fundamental para garantir a efetividade e disponibilidade de profissionais de saúde e a eficiência na sua contratação e alocação (Berman et al., 2022), com as competências necessárias para alcançar os objetivos da organização (Bahreini et al., 2021).

Num mundo de rápidas mudanças com acesso instantâneo à informação, uma economia global e uma dinâmica competitiva entre organizações e dentro das mesmas, existe um consenso crescente que o sucesso de uma organização depende do seu capital humano efetivo e que o foco nas funções desempenhadas pelos recursos humanos deve ser cada vez mais estratégico, permitindo aos trabalhadores contribuir para o cumprimento da missão e valores da organização. Assim, a gestão de recursos humanos tem um papel fundamental no recrutamento, orientação e reconhecimento do desempenho, utilizando o processo de avaliação de desempenho como um momento importante de reforço da ligação entre empregado e empregador (Zehra, 2014)

No entanto, os gestores dos serviços de saúde, por vezes, têm tendência a assumir um lócus de controlo externo, criando um ponto cego para problemas internos da organização. Assim, o estabelecimento de um ambiente colaborativo e de parceria entre lideranças e profissionais comprometidos e produtivos, além de um compromisso, resiliência e vontade em melhorar a

qualidade e a eficiência da organização e dos modelos de cuidados pelos dirigentes, é essencial para o desenvolvimento das organizações. Um dos aspetos internos que tem constituído um grande desafio à gestão de recursos humanos, na atualidade, prende-se com o facto de os profissionais se encontrarem cada vez mais exaustos e desiludidos, sendo a taxa de *burnout* muito elevada (estima-se que 50% dos médicos nos Estados Unidos estejam em *burnout*) (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Shanafelt & Noseworthy propõem que se pelo menos 20% do horário de trabalho dos profissionais for dedicado a áreas que sejam motivadoras (como cuidar de um subgrupo de utentes específico – sem médico de família, idosos, diabéticos, entre outros – ou outras atividades/projetos como investigação, mentoria, ensino, atividades de gestão de equipas/liderança, projetos comunitários) poder-se-á prevenir a desmotivação e exaustão. Firmino-Machado et al. também defende que os profissionais que assumam funções de representação ou participação em grupos de trabalho deverão ter horário laboral que contemple estas mesmas atividades, ajustando também a tipologia de competências e o número de recursos humanos do ACeS à sua população e respetiva carga de doença. É também essencial realçar que todos os profissionais desempenham um papel altamente relevante na prestação de cuidados de elevada qualidade (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, técnicos superiores, gestores, ...), sendo possível alavancar a importância das suas competências através da otimização do percurso do utente (World Health Organization et al., 2018), mas a conjugação entre pessoas e organizações e pessoas e trabalhos tem sido uma área negligenciada (Zehra, 2014).

Para a prossecução efetiva de reformas na saúde e atingimento dos objetivos acima referidos, é pré-requisito a gestão estratégica e planeamento dos recursos humanos com mecanismos e instrumentos de monitorização adequados. No entanto, em muitos países, a falta de qualidade dos dados (válidos, fiáveis e compreensivos), a deficiente integração dos dados entre sistemas e a falta de padronização da recolha dos dados que impedem a sua comparabilidade, fazem com que a monitorização e planeamento dos recursos humanos seja deficitária. Em Portugal foram identificados 3 problemas principais relacionados com a monitorização e planeamento de recursos humanos – dados insuficientes, não utilização dos dados disponíveis e a falta de análise generalizada sobre o estado atual dos recursos humanos (Correia et al., 2020) tornando o planeamento estratégico desta área difícil.

Correia, et al. fazem recomendações para a possível resolução deste problema:

- A recolha de dados sobre os recursos humanos deveria cobrir a totalidade dos profissionais (incluindo os setores privado e social)
- Criação de mecanismo de monitorização e análise permanentes da situação dos recursos humanos em saúde, quer pelo Ministério da Saúde quer por uma empresa independente ou centro

de investigação que garantissem a credibilidade dos dados, que permitisse aos decisores políticos e gestores tomarem decisões informadas.

2.5.2. Sistemas de Informação

Vivemos num mundo em que as organizações e os serviços nunca tiveram acesso a tantos dados e, ironicamente, não têm habitualmente disponível a informação de que necessitam para a sua atividade. Por isso precisamos de instrumentos e sistemas de informação que nos transformem dados em conhecimento, organizando e estruturando os mesmos para que se possa fazer uso desse conhecimento para a tomada de decisão (Spurgeon, Mazelan, & Barwell, 2011).

Neste sentido têm vindo a ser incluídos também alguns indicadores como a qualidade de serviço ou a eficiência dos processos para complementaridade da informação (Mesabbah & Arisha, 2016).

Os dados encontram-se, demasiadas vezes, dispersos em sistemas mal-organizados, baseados em papel ou em silos digitais incompatíveis entre si, devendo ser um desígnio o acesso adequado e atempado à informação e ação baseada na mesma, e desenvolver indicadores dos serviços de saúde que estejam amplamente acessíveis. No entanto, o investimento nos Sistemas de Informação em Saúde, na maioria dos países da OCDE, não ultrapassa os 2 a 4% do gasto total em sistemas de informação, baixando este valor para menos de 1% nos países em vias de desenvolvimento, resultando numa ineficácia na análise dos dados pela inexistência dos mesmos ou recolha de uma forma errática e não padronizada (World Health Organization et al., 2018).

Em Portugal, tem havido um investimento significativo no Serviço Nacional de Saúde na modernização dos sistemas de informação pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), existindo atualmente, sob a sua alçada, várias plataformas nacionais de âmbito clínico (SCLínico, Prescrição Eletrónica Médica (PEM), Exames Sem Papel, SNS24, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), Sistema de Informação dos Certificados de Óbitos (SICO)), de âmbito administrativo (Registo Nacional de Utentes (RNU), RHV – Sistema de Informação de Recursos Humanos) e de monitorização de desempenho, contratualização e produção (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)), bem como o desenvolvimento do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) com repositório único de informação clínica dos utentes e do Sistema de Dados Mestre (SDM@SNS) como repositório de informação para *corporate* e *clinical governance*. Ainda existem outras plataformas disponíveis, algumas delas em fase de descontinuação, envolvidas quer na prestação de cuidados (Sistema de Referência ALERT-P1 e RSE SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Acesso), Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreio populacionais ou oportunistas (SiiMA Rastreios), Sistema da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - GestCare CCI), quer administrativo (Sistema de Gestão de Transporte de Doente (SGTD),

Sistema de Controlo de Assiduidade (SISQUAL), Sistema de Benefícios Adicionais de Saúde (BAS), Software de Gestão Financeira (SAP), Sistema de Gestão Logística - GLINNT - Global Intelligent Technologies, entre outros) quer de monitorização do desempenho e da produtividade (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF)).

Após a pandemia COVID-19, e com o Plano Nacional de Recuperação e Resiliência (PRR), é esperado um investimento de 300 milhões de euros na dimensão de Transição Digital da Saúde.

2.6. Melhoria Contínua da Qualidade

A Qualidade assume uma importância fundamental na prossecução da Cobertura Universal de Cuidados de Saúde, surgindo de mãos dadas com o acesso, cobertura e proteção financeira. Para tal é necessário o cumprimento dos princípios de transparência, centralidade no cidadão, monitorização da informação e investimento nos profissionais, alicerçados numa cultura de suporte e liderança. (World Health Organization et al., 2018)

Por outro lado, a necessidade de medir os resultados em saúde e os custos associados à prestação de cuidados é fundamental para melhorar os cuidados de prestados e a eficiência do sistema, além de permitir demonstrar às equipas o sucesso das suas intervenções. Estes aspetos também permitem que, de uma forma concreta e objetiva, se possam definir modelos de pagamento por pacote clínico (remunerando a equipa como um todo), incentivando assim à colaboração e autonomia das equipas e ao exercício pleno da tomada de decisão clínica, fatores fulcrais para o combate ao *burnout* e promoção da satisfação profissional (Teisberg et al., 2020)

A Melhoria Contínua da Qualidade assenta num ciclo sequencial de tarefas denominado “Plan-Do-Check-Act” (PDCA), adotado por múltiplas associações de qualidade mundiais, e construído de acordo com a sequência de ações previstas e que se devem seguir como forma a garantir que o ponto inicial do ciclo melhore progressivamente, garantindo assim a melhoria da qualidade e o desenvolvimento das organizações. No entanto, para uma eficaz aplicação destes ciclos é essencial existirem métricas e produção de informação de forma contínua, especialmente na área da Saúde.

É importante realçar que, apesar da maioria das pessoas estar familiarizada com a gestão de projetos numa lógica limitada no tempo, a melhoria contínua da qualidade exige continuidade e empenho (Adams, O’Brien, & Scruth, 2015)

O *Institute for Healthcare Improvement* elaborou um modelo conceptual denominado *Triple Aim* com os objetivos de melhorar a experiência nos cuidados, melhorar a saúde da população e reduzir os custos per capita, tendo sido desafiante a quantificação e avaliação do desempenho nos CSP com

tendência de apenas utilizar indicadores já construídos e acessíveis pela disponibilidade e custo (Obucina et al., 2018).

Os sistemas e a informação fiável e de qualidade devem estar integrados nas infraestruturas locais e nacionais, disponível de forma transparente para todos os *stakeholders*, garantindo a medição de todas as dimensões da qualidade, não apenas nos *inputs* e volume de atividades, mas nos resultados gerados pela atividade, adesão aos protocolos estabelecidos e qualidade dos processos e circuitos, integrando a visão de utentes e comunidade através de indicadores de qualidade. Estes dados deverão ser alvo de análise e reflexão, criando uma inter-relação próxima entre medição e melhoria, uma vez que medição sem ação não melhora a qualidade (World Health Organization et al., 2018)

3. Metodologia

A presente tese, apesar de resultar numa dissertação e construção de um modelo conceptual, nasce de uma necessidade identificada enquanto Diretor Executivo do ACeS Sintra, relativamente à integração e disponibilização de dados para efeitos de planeamento agregado e estratégico, com possibilidade de projeção e construção de cenários permitindo uma gestão mais eficaz e eficiente, dispensando os cálculos e articulação constante de múltiplas bases de dados distintas não comunicantes entre si. Outro aspeto a ter em consideração prende-se com mecanismos de monitorização e controlo de gestão ao nível do acesso e desempenho, uma vez que, apesar da existência da plataforma BI-CSP e da transparência e integração de alguns dados, não relaciona com outras plataformas de apoio à gestão, auxiliando mais a *clinical governance* do que a *corporate governance* em que os dados se encontram dispersos ou inacessíveis.

Numa primeira instância, através de conversas e entrevistas informais com vários elementos do ACeS Sintra e de outras organizações (Outros ACeS, Hospitais, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACSS, Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, entre outros), de praticamente todos os grupos profissionais, incluindo dirigentes, administradores hospitalares e gestores, aliadas à experiência adquirida nos últimos anos, foram identificadas áreas fundamentais às quais se senti necessidade de dar resposta:

1 – Inscrição de utentes nas Unidades de proximidade - de acordo com a área de influência das respetivas Unidades devido à existência de múltiplas reclamações e pedidos de utentes inscritos noutras unidades, distantes, por diversos motivos e pretendiam ter cuidados na sua unidade de proximidade.

2 – Planeamento de espaço a garantir perante a construção de novos edifícios ou ocupação dos edifícios existentes – perante a existência do PRR com verbas significativas alocadas à construção e

remodelação de edifícios para garantir boas condições de trabalho aos profissionais e com a necessidade de revisão de ocupação do espaço pelas equipas é essencial garantir uma visão estratégica de forma a que, com o tempo decorrido desde o início da construção até à sua entrega, não existam situações de inadequação funcional futura.

3 – Construção de listas de utentes médicas – a Medicina Geral e Familiar, atendendo às suas especificidades (Santos, Sá, Santiago, & Hespanhol, 2021), tem tido uma organização personalizada com uma lista de utentes, devendo esta ser equilibrada e adequada ao local de exercício do médico, por forma a garantir uma acessibilidade adequada e equidade entre profissionais, mantendo os limites legalmente estabelecidos, podendo ser aplicados instrumentos de ajustamento pelo risco para medição de complexidade.

4 – Alocação de recursos humanos a cada Unidade e Projetos em curso – atendendo à multiplicidade de situações do ACeS relativamente a regime horários, prestação de cuidados em várias unidades e/ou projetos diferenciadores (transversais ao ACeS ou integrados na resposta da Unidade Funcional respetiva) torna-se necessário conseguir aceder de um modo rápido e atualizado à alocação de horas de cada profissional às respetivas atividades.

5 – Monitorização do Desempenho de profissionais e equipas e níveis de serviço respetivos – apesar dos dados de monitorização estarem acessíveis nas diversas plataformas existentes, tem sido necessária a integração manual em tabelas independentes para conjugação dessa informação. No entanto, esta situação além de altamente consumidora de tempo, não responde à necessidade de existência de plataforma que preveja os níveis de serviço mínimo e máximo (quer com os valores dos indicadores contratualizados quer com o número de consultas/intervenções realizadas) de cada profissional e/ou equipa e compare com os valores reais ao longo do tempo.

6 – Interligação dos dados de desempenho com elementos financeiros ou logísticos – as plataformas atuais e disponíveis numa vertente de benchmarking aos ACeS não correlacionam dados de desempenho com elementos financeiros de recursos humanos como o pagamento de suplementos nas USF modelo B, horas extraordinárias ou vencimentos, ou logísticos como rutura de stocks ou perdas de stock (por exemplo por fim de prazo de validade ou quebras da rede de frio). Num caminho que se tem vindo a trilhar no sentido da evolução para um sistema de saúde baseado no valor em saúde que cria (*value-based healthcare*) é essencial que as estruturas dirigentes e de gestão possam ter mecanismos para mensurar a efetividade e eficiência da prática e das medidas adotadas.

Com a identificação destas necessidades prementes e de implementação no curto prazo, e estando a criação destes sistemas informação e a decisão baseada em evidência associados a uma melhor gestão e eficiência dos sistemas e das organizações, foi então necessário fazer o levantamento

de todas as bases de dados e sistemas de informação utilizados (e já sistematizados no subcapítulo 2.5.2) nos CSP.

Seguidamente, e tendo em conta a atividade quotidiana da Direção Executiva de um ACeS, foi realizada a identificação dos casos que de algum modo se relacionavam com as necessidades acima descritas (*use cases*) garantindo uma sistematização de todas as tarefas a contemplar e relações entre elas e os diversos atores.

Numa lógica de criação de um *roadmap* que possa ser uma referência para o desenvolvimento de plataformas informáticas integradas e que sirvam os propósitos de planeamento agregado e controlo de um ACeS, de forma ubíqua, independentemente do local e da região do país (e nalgumas dimensões passíveis de aplicação em contextos internacionais), da sua dimensão geográfica e do número de utentes, profissionais e unidades, foram identificadas as classes necessárias para a construção do modelo conceptual baseado nos diagramas de utilização de casos, identificados os atributos e operações de cada classe e os tipos de dados a utilizar em cada um. Foram então identificadas as associações entre si e respetivo nome e a multiplicidade das mesmas, estabelecendo assim a rede de inter-relação entre as diferentes classes e as características partilhadas e de interligação, procurando que exista um atributo inequívoco em ambas as classes em praticamente todas as associações.

Este modelo toma forma operacional através da elaboração de *dashboards* com demonstração da informação que sirva os propósitos acima identificados, tomando decisões sobre a maior relevância de cada uma e dos dados a serem incluídos.

Para validação do trabalho realizado e de forma a garantir representatividade nacional foram envolvidos elementos com experiência dirigente em vários agrupamentos de centros de saúde e regiões do país utilizando uma metodologia de *focus group*.

4. Focus Group

A *Design Science Research* (DSR) é uma matriz de investigação na qual o investigador procura responder a questões que abordem problemas humanos, criando artefactos úteis e dando contributos para o conhecimento, estando provado como um processo rigoroso e relevante.

Como instrumento da DSR surge a investigação em *focus group*, eficaz para investigar novas ideias, quer em termos exploratórios (como forma de propor melhorias no desenho de um artefacto) ou de validação (como forma de validar a utilidade e aplicabilidade do artefacto no terreno), e que se materializa no envolvimento de um pequeno grupo de pessoas com características e competências particulares que permitam dar aportes de qualidade numa discussão focalizada, que ajude a compreender e desenvolver o assunto em discussão (Henriques & O'Neill, 2023)

Após a revisão bibliográfica e construção de casos de uso e de um modelo de correlação de *inputs* e *outputs* entre as várias plataformas informáticas, foi adotada a metodologia de *focus group*, seguindo a matriz proposta por T. A. Henriques & O'Neill, 2023, numa lógica principal de avaliação/validação do “artefacto”. Assim foram considerados os seguintes objetivos para a sessão:

- Validação dos problemas identificados;
- Sistematização de contributos para garantir a aplicabilidade e flexibilidade do modelo em vários contextos (Modelos organizativos dos CSP diferentes (ACeS, ULS, Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, Privado?), Práticas Gestão e realidades (na mesma zona geográfica, a nível regional e a nível nacional));
- Brainstorming sobre dados prioritários de monitorização.

Com moderação da equipa envolvida na presente tese, foram convidados para participação no *focus group* elementos de referência no quadro nacional com responsabilidades de gestão atuais e passadas, e com histórico de reflexão sobre o tema em apreço, tendo participado os seguintes elementos:

João Ramires – Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar no ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras. Exerceu funções como Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Lisboa Norte de 2020 a 2023 e foi membro da Comissão de Ética em Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo, secção de investigação de 2012 a 2018 e membro da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Lisboa e Vale do Tejo entre 2017 e 2021.

João Sarmento – Médico especialista em Medicina Geral e Familiar, Mestrado em Gestão da Saúde e Doutoramento em Saúde Pública (Política, Gestão e Administração da Saúde) pela Escola Nacional de Saúde Pública, atualmente com funções no âmbito da gestão e operacionalização da Contratualização em Saúde na Secretaria Regional da Saúde e Desporto da Região Autónoma dos Açores.

José Luís Biscaia – Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar, Diretor Executivo ACeS Baixo Mondego. Exerceu funções como Subdiretor Geral da Saúde (1997-1999), membro fundador e investigador do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, tendo integrado o Grupo Técnico para a Reforma dos CSP (2005) e o Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP (2008/10). Foi fundador da Fundação para a Saúde – SNS, Coordenador Nacional do projeto BI-USF (2013/16) e integrou a Equipa de apoio ao Coordenador da área dos CSP da Coordenação da Reforma do SNS, de 2016 a 2019 e coordenou o Grupo Técnico Nacional para a Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados Saúde Primários (2017-2019).

Miguel Lemos – Diretor Executivo ACeS Arco Ribeirinho desde 2016, com formação na área da Sociologia, Gestão de Unidades de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e Curso

Avançado de Gestão Pública (CAGEP) pelo Instituto Nacional de Administração (INA), e experiência prévia na área hospitalar (Hospital Fernando da Fonseca e Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. Esteve envolvido recentemente na Construção do Plano de Negócio da futura ULS do Arco Ribeirinho.

A sessão teve a duração de cerca de 2 horas e 30 minutos e pode ser dividida em 3 momentos:

- Validação dos problemas identificados e partilha de outras dificuldades
- Discussão sobre estratégia e governação (*corporate governance vs. clinical governance*)
- Desconstrução do modelo produzido até então com sugestão de mudança de foco e de estratégia

4.1. Validação e partilha de dificuldades

Nesta área, concordando com os problemas identificados *a priori*, acrescentaram-se vários aspetos:

- Falta de investimento crónico nos CSP dificultando a resolução dos problemas que deveriam acontecer neste nível de cuidados;
- Os dados existem e estão disponíveis, mas a informação encontra-se desagregada dificultando o planeamento em saúde em Portugal, sendo apenas necessário encontrar formas de os conectar e relacionar;
- Falta de discussão sobre a estratégia e forma de organização da informação, devendo ser garantido que a informação esteja acessível a todos os profissionais que dela necessitem (Equipas Locais, Gestores, Decisores políticos, ...);
- Necessidade de inclusão das áreas de aprovisionamento e logística pela implicação que podem ter ao nível do desempenho.

4.2. Estratégia e governação (*corporate governance vs. clinical governance*)

Neste período de discussão abordaram-se uma multiplicidade de perspetivas que, correndo o risco de ser redutor, se podem resumir do seguinte modo:

- O desempenho de um Agrupamento de Centros de Saúde é avaliado pela sua razão de ser: a prestação de cuidados à população que serve;
- É fundamental definir, na presente tese, se queremos olhar para a estratégia da organização ou para um lado mais operacional, definindo uma matriz multidimensional de decisão e respetivos *inputs* e *outputs*;

- Sistematizar as necessidades dos utentes em várias áreas revela-se um ponto essencial, centrando o foco no cidadão e identificando os trajetos do utente;
- Apostar na definição de áreas de governação (*Corporate Governance* e *Clinical Governance*) e compreender o que está a acontecer em cada uma das áreas;
- Temos um conjunto deficiente de informação em várias áreas clínicas e organizacionais, não sendo possível atualmente identificar a eficácia e eficiência de cada um dos pontos dos processos e pontos de ineficiência (ex. rastreios de base populacional);
- Um dos pontos fulcrais para o desenvolvimento de um sistema de informação é definir os seus requisitos funcionais com base nas várias áreas de governação para que possa ser produzido posteriormente por elementos que possam não compreender os processos;
- O problema dos utentes sem médico de família atribuído é tão significativo que é especialmente relevante fazer análises individualizadas deste grupo.

4.3. Desconstrução e Mudança de foco

Após uma discussão muito profícua sobre as necessidades de definição de estratégia e níveis de governação, foi sugerido que repensasse a forma de estruturação da tese e se focalizasse o objetivo da mesma, decidindo uma área de análise concreta e respondendo a 2 questões: O que precisamos de saber? E onde vamos buscar a informação?

Por outro lado, decidir se na informação apresentada se era pretendida “uma fotografia ou um filme”, isto é, um olhar episódico momentâneo ou uma evolução temporal com eventual projeção futura.

Nesse seguimento, foram abordadas múltiplas categorias de dados possíveis de figurar em *dashboards* dependendo da área escolhida, mas cumprindo a lógica de construção de um *dashboard* inicial que permitisse a visão global do ACeS e posteriormente um enfoque em várias áreas de interesse, ou seja, evoluindo de uma visão mais macro para maior detalhe (eventualmente com uma construção adaptável à utilização pelas equipas localmente para discussão interna e individual).

Em momento posterior à sessão, e após revisão dos aspetos objeto de discussão e compilação dos dados a figurar nos diferentes *dashboards*, foi realizada uma validação individualizada com os vários elementos com novos contributos.

5. Instrumentos e Modelo Conceptual

O American Productivity & Quality Center, 2014 produziu a “*Healthcare Provider Process Classification Framework*” como forma de uniformizar a classificação dos processos operacionais e os serviços de suporte e de gestão em Saúde, garantindo um *benchmarking* efetivo entre instituições.

Esta ferramenta torna-se bastante útil nos processos de caracterização das organizações de saúde e nas necessidades de avaliação. Deste instrumento destaco várias áreas que foram consideradas fundamentais e às quais a presente tese pretende ser o primeiro passo para vir a dar resposta: Identificar oportunidades de reestruturação, definir e avaliar opções estratégicas para alcançar objetivos, desenvolver e definir os objetivos da organização, desenvolver iniciativas estratégicas, gerir a qualidade e custo do serviço, prestar cuidados aos doentes, estabelecer as estratégias e governação na prestação de serviços, gerir os recursos para a prestação de serviços, desenvolver e gerir as estratégias, políticas e planeamento de recursos humanos, gerir os profissionais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde, gerir a informação e análise de dados dos colaboradores, gerir os controlos internos, gerir edifícios e espaço, medir e comparar.

Como apontado anteriormente, a inexistência não só de instrumentos de controlo de gestão integrados, mas de um modelo conceptual que permita o enquadramento das necessidades de planeamento e controlo de um ACeS, e apesar das inúmeras dimensões de gestão do ACeS, nas áreas de *corporate governance* – logística, aprovisionamento, financeira, recursos humanos, gestão de doentes – e *clinical governance*, foi decidido por uma questão de prioridade e de foco, e atendendo às necessidades específicas do ACeS Sintra, que a presente tese se focasse na área da governação clínica (desempenho assistencial, processos) e na área dos recursos humanos como instrumento essencial para a governação clínica. Por outro lado, e tendo em conta que a maioria dos recursos e da atividade clínica se encontra relacionada com as USF e UCSP, optou-se por se focar o objeto da tese nesta tipologia de Unidades (apesar de se pretender manter uma visão global no que trata aos recursos humanos).

Apesar da presente tese ter como objeto a realidade do ACeS Sintra, foi tida a preocupação de ser enquadrável em outras realidades nacionais.

Além da proposta de dados a figurar em *dashboards*, utilizando a UML (Unified Modelling Language ou Linguagem de Modelação Unificada) como forma padronizada de “especificar, construir, visualizar e documentar sistemas de informação” (Nunes & O’Neill, 2004), foi desenvolvido um modelo conceptual e de integração de dados utilizando diagramas de casos de utilização (*use cases*) para caracterizar os requisitos do sistema e diagrama de classes para descrever formalmente a estrutura do sistema e interligação entre dados.

5.1. Dashboards

Para uma caracterização, monitorização e controlo de gestão do ACeS foram organizados 4 *dashboards* correspondentes a dimensões estratégicas para um ACeS, particularmente para o ACeS Sintra - Organizacional, Acesso, Desempenho Assistencial e Utentes sem Equipa de Saúde Familiar.

Com esta matriz de informação (organizada em formato *dashboard*) pretende-se que, de uma forma imediata, se tenha acesso a dados e informação relevante para o acompanhamento de boas práticas e promoção de benchmarking e identificação de situações de alarme (*red flags*) que exijam intervenção.

Dada a previsão de introdução de medidas de ajustamento pelo risco, ao longo do documento foram incluídos quer filtros quer caracterização pelos grupos ou níveis de estratificação de risco como forma de melhor avaliar as respetivas subpopulações.

Do mesmo modo, apesar de se utilizar o termo Unidades Ponderadas (UP) (correspondentes à ponderação etária, utilizado até ao momento como fator para diferenciar a carga de trabalho), poderá esta medida ser substituída pelo Índice de Complexidade do Utente (medida provavelmente mais fidedigna para medir carga de trabalho por incluir parâmetros geodemográficos, sociais, clínicos e de utilização dos serviços de saúde).

O principal objetivo dos *dashboards* prende-se com uma demonstração gráfica possível de um conjunto de dados, informação e indicadores considerados relevantes para análise e que são detalhados no capítulo correspondente. Todos os valores e imagens presentes nos *dashboards* são meramente ilustrativos de uma possível representação gráfica, não refletindo na sua maioria a realidade atual do ACeS Sintra.

5.1.1. Organizacional

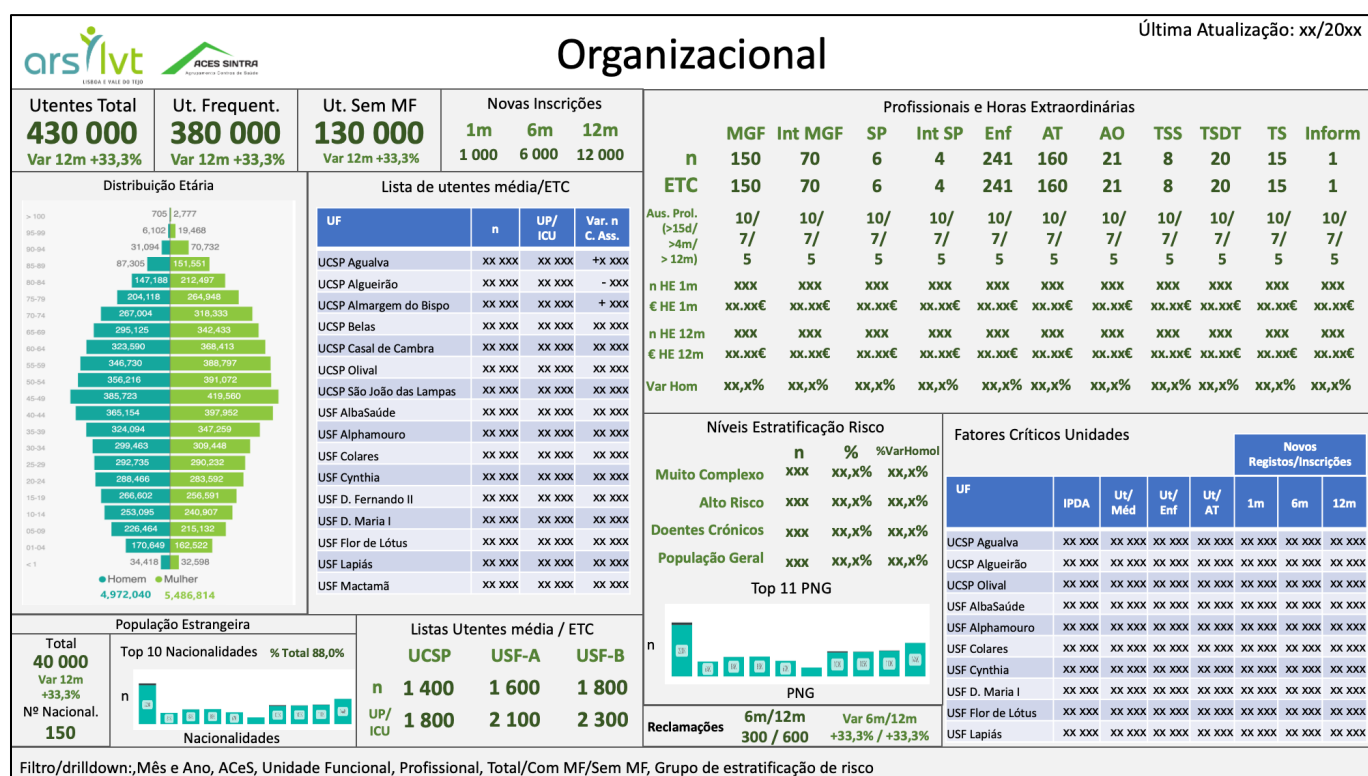


Figura 5.1 – Dashboard correspondente à dimensão Organizacional

(Legenda: AO – Assistente Operacional, AT – Assistente Técnico, ETC – Equivalente a Tempo Completo, HE – Horas Extraordinárias, ICU – Índice Complexidade do Utente, IPDA – Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial, MGF – Medicina Geral e Familiar, PNG – Patient Need Groups, SP – Saúde Pública, TS – Técnico Superior, TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, TSS – Técnico Superior de Saúde, Ut. – Utentes, Var – Variação)

Na dimensão Organizacional houve a preocupação de análise de 3 grandes grupos - Utentes, Profissionais e Risco/Carga de Trabalho.

Atendendo à tipologia de dados e utilidade dos mesmos, foram definidos filtros temporais e filtro/drilldown à Unidade Funcional e Profissional, tipologia de atribuição de médico/equipa de família e grupo de estratificação de risco.

5.1.1.1. Utentes

Ocupando a metade esquerda do dashboard, neste grupo optou-se por uma análise baseada em 3 aspetos – caracterização da população (volume, distribuição etária, nacionalidade), classificação da inscrição (frequentador, atribuição de médico/equipa de família e novas inscrições no último mês, 6 e 12 meses) e caracterização e comparação das listas de utentes.

Estes dados são essenciais para garantir a identificação de necessidades específicas como as de faixas etárias específicas (ex. crianças), população migrante e acessibilidade a cuidados de saúde (ex. atribuição de médico e listas de utentes).

Assumem especial relevância: a análise das listas de utentes (quer dimensão quer complexidade) pela necessidade de monitorização constante e atribuição de médico de família de acordo com o

compromisso assistencial assumido pelas equipas e com os valores legalmente estabelecidos; a caracterização da população migrante, pelos desafios que se criam pela diferente perceção do papel e forma de utilização dos serviços de saúde, das diferenças culturais e consequentes necessidades de saúde (ex. patologias infecciosas importadas, mutilação genital feminina, ...) e nas dificuldades na comunicação, especialmente na população não lusófona.

5.1.1.2. Profissionais

No quadrante superior direito, como forma de avaliar a situação do ACeS a cada momento, foi elaborada uma tabela para caracterização de cada um dos grupos profissionais e divisão em 2 componentes – mapa de pessoal (pessoas, Equivalentes a Tempo Completo (ETC) e respetivas ausências prolongadas (excetuando férias ou comissões gratuitas de serviço) e Horas Extraordinárias (número e valor – no mês anterior e último ano - e variação no período homólogo).

A conjugação destes 2 dados permite aferir e controlar não só o número de profissionais do ACeS e Unidades Funcionais e eventuais ausências prolongadas, indicando as necessidades de alocação ou substituição de elementos nas equipas, mas também a despesa em horas extraordinárias por grupo profissional, decorrentes dessas mesmas ausências ou de outras atividades como carteiras adicionais de serviço.

5.1.1.3. Risco/Carga de Trabalho

No quadrante inferior direito, optou-se pela compilação de informação de vários tipos quer de caracterização das necessidades de saúde da população e de recursos previsíveis, através da categorização dos níveis de estratificação de risco de acordo com a pirâmide de Kaiser e dos PNG (*Patient Need Groups*) – métrica utilizada pela ferramenta do *Johns Hopkins* (ACG Johns Hopkins, n.d.) como agregador de necessidades dos utentes, sendo possível caracterizar as necessidades e gastos previstos para cada subgrupo de utentes. Não estando esta métrica implementada em Portugal, poderão ser avaliados outras medidas de complexidade e risco como os ACG (*Adjusted Clinical Groups*) ou uma distribuição contínua da frequência dos Índices de Complexidade do Utente (ICU).

Apesar da estratificação de risco (focada na população e utentes) ser muito relevante para o planeamento adequado em saúde nomeadamente em termos de recursos, é especialmente importante a identificação precoce de situações que alertam para o risco de sobrecarga ou exaustão das equipas. Assim, optou-se por medir o número de reclamações dos utentes (nos últimos 6 e 12 meses e variação com o período homólogo) e a caracterização de um conjunto de indicadores que se podem considerar críticos para uma Unidade:

- o Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA) que se trata de um indicador composto desenvolvido pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023) para medir a adversidade do contexto de determinada Unidade de Saúde e que inclui diversos parâmetros (alguns

dos quais caracterizados individualmente) como a dimensão da unidade, rácio entre utentes e profissionais, ausências de profissionais, número de locais de prestação da unidade funcional, idade da unidade funcional, proximidade geográfica a outros níveis de cuidados, densidade populacional da área de abrangência da unidade funcional, condição socioeconómica e nacionalidade dos utentes. Quanto maior o seu valor, mais adverso é o contexto, sendo atualmente o desempenho ajustado pelo IPDA para garantir maior justiça no *benchmarking* nacional.

- os rácios entre utentes e médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (AT), podendo ser utilizado o valor de número de utentes, mas muito mais interessante será a utilização de Índices de Complexidade dos Utentes por profissional. Quando os rácios ultrapassam os limites legalmente estabelecidos ou adequados à capacidade de resposta de cada unidade, principalmente de forma mantida ao longo do tempo, são um preditor significativo de sobrecarga das equipas.

- o número de novas inscrições (transferências de utentes ou inscrições de novo de utentes migrantes com situação regular) e novos registos (utentes migrantes em situação irregular) em RNU são também eles uma medida de sobrecarga em primeira instância para o secretariado (elementos a quem compete a realização da tarefa) e para unidade como um todo, uma vez que representam maior número de pedidos de consulta e de mobilização de recursos de saúde, além do facto dos registos não serem contabilizados para a população inscrita na Unidade e representarem cidadãos com necessidades de saúde, por vezes urgentes e vitais.

Em cada uma destas áreas poderá ser útil visualmente a sinalização de pontos críticos através de cores para alerta e rápida identificação.

5.1.2. Acesso

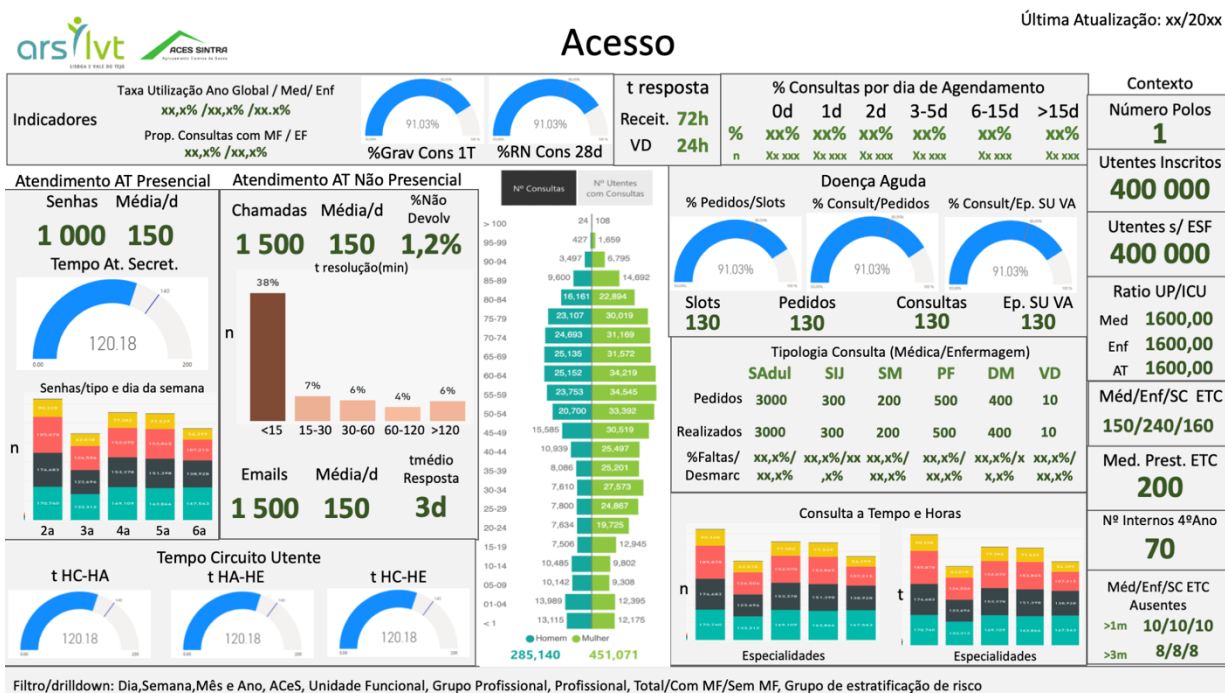


Figura 5.2 – Dashboard correspondente à dimensão Acesso

(Legenda: 1T – 1º Trimestre, d – dia, EF – Enfermeiro de Família, ESF – Equipa de Saúde Familiar, HA – Hora de Agendamento, HC – Hora Confirmação, HE – Hora Efetivação, MF – Médico de Família RN – Recém-Nascido, SC – Secretários Clínicos, t – tempo)

Neste *dashboard* tentou-se abordar as várias áreas relacionadas com a monitorização do acesso em várias vertentes – caracterização etária da população utilizadora de consultas, quantificação de contactos presenciais e não presenciais, tempos do circuito do utente/resposta e indicadores gerais caracterizadores do acesso.

Atendendo à tipologia de dados e utilidade dos mesmos, foram definidos filtros temporais e filtro/*drilldown* à Unidade Funcional, Grupo Profissional e Profissional, tipologia de atribuição de médico/equipa de família e grupo de estratificação de risco.

5.1.2.1. Indicadores

Na barra superior, optou-se por avaliar 5 conjuntos de indicadores – taxa utilização anual (global, consultas médicas e consultas enfermagem), proporção de consultas com o médico de família e com o enfermeiro de família, proporção de grávidas com consulta no 1º trimestre, e proporção de recém-nascidos com consulta médica até aos 28 dias e os tempos de resposta (pela necessidade do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida legalmente estabelecidos).

Os primeiros indicadores caracterizam a acessibilidade da população através da identificação da proporção de utentes utilizadores, permitindo avaliar a resposta global dada pela equipa à população que serve, e a personalização dos cuidados pela equipa de família respetiva.

Sendo a atividade de vigilância de saúde materna de baixo risco e saúde infantil uma área por excelência dos CSP em Portugal, são considerados serviços mínimos na maioria das instituições a

garantia de uma consulta de saúde materna no 1º trimestre para orientação a vigilância da gravidez e identificação de eventuais situações de risco que impliquem o encaminhamento para outro nível de cuidados, e no caso do recém-nascido, uma consulta no 1º mês de vida, para identificação precoce de condições clínicas com necessidade de intervenção imediata/monitorização.

A Portaria nº 153/2017 determina os tempos máximos de resposta garantida, nomeadamente nos CSP, no caso quer dos pedidos de consulta programada/não urgente (15 a 30 dias dependendo da origem do pedido), doença aguda (no próprio dia), quer de pedidos de receituário, relatórios, cartas de referenciação, entre outros (72 horas). Deste modo, a monitorização dos tempos de resposta quer dos pedidos de receituário/relatórios e de consulta (domiciliária ou na unidade) é essencial para compreender a capacidade de resposta da Unidade Funcional. Poderão existir outras métricas como a 1ª e a 10ª vaga disponível para avaliar o tempo de resposta, mas que não foram consideradas.

5.1.2.2. *Atendimento Secretariado e Circuito Utente*

O secretariado é a porta de entrada e o rosto da organização no contacto direto com o utente, recaindo sobre este grupo profissional a responsabilidade de adequado processamento e encaminhamento das solicitações dos utentes para resolução e pela orientação dos utentes no circuito da unidade. É por isso de especial relevância a monitorização da carga de trabalho e tempos de resposta para identificação de possíveis ineficiências ou sobrecarga, permitindo um planeamento e monitorização adequados.

Assim, na secção mais esquerda do *dashboard* caracterizam-se estes aspetos, dividido em 3 áreas: atendimento presencial, atendimento não presencial e tempos circuito utente.

No atendimento presencial é fundamental medir quer o volume de contactos no intervalo temporal, a sua média diária, a distribuição pelo dia da semana e por tipologia de pedido e o tempo médio para atendimento pelo secretariado. Todos estes dados são avaliados através do sistema de senhas emitidas pelos quiosques eletrónicos, com contabilização e tipificação das solicitações e medição de tempos (tendo em conta o processo eletrónico de chamada das senhas).

O atendimento não presencial, garantia da acessibilidade à distância pelos utentes, é outra das áreas que deve estar acautelada pelas unidades nomeadamente via telefónica e email. Assim, com recurso a sistemas automáticos de gestão de chamadas (ainda não implementados no ACeS Sintra mas existentes noutros ACeS nacionais), é possível contabilizar de forma automatizada o volume de chamadas e média diária, a percentagem de chamadas não devolvidas no próprio dia e o tempo até à devolução da chamada/resolução da tarefa (definindo-se alguns intervalos temporais para aferir a capacidade de resposta) e por tipologia de solicitação. No caso do email, esta contabilização ainda não é possível de realizar de forma automatizada, devendo ser uma preocupação encontrar formas

padronizadas e automáticas de quantificar o número de emails e tempo médio de resposta pela necessidade de alocação de recursos para este tipo de contacto.

Por último, e no caso das consultas, devemos avaliar de forma sistemática o tempo de espera do utente e a relação do mesmo com a hora de agendamento, devendo ser avaliada a diferença entre a hora da confirmação da presença e a hora de agendamento e hora de efetivação da consulta, e entre a hora de agendamento e hora de efetivação.

5.1.2.3. Consultas

A atividade nuclear dos CSP é a realização de consultas quer doença aguda, agendadas no próprio dia, para resolver situações de saúde prementes, quer programadas nas suas diferentes tipologias.

Na secção central do *dashboard* procurou-se monitorizar 4 aspetos: caracterização demográfica dos utentes e das consultas respetivas, quantificação de pedidos de consulta, de consultas realizadas e proporção de faltas ou desmarcações e a consulta a tempo e horas (CTH).

A caracterização demográfica, por via de uma distribuição etária e de género, tendo por base quer os utentes em cada consulta quer o número de utentes com consulta (independentemente do número), é essencial para se avaliar a tipologia de utentes a quem estão a ser prestados cuidados.

No entanto, uma das dimensões essenciais é a garantia de acessibilidade em doença aguda. Assim, a visualização direta, no período de análise, do número de vagas disponíveis (slots), dos pedidos de consulta (dimensão difícil de medir inequivocamente atualmente), das consultas efetivamente realizadas e do correspondente número de utentes que geraram episódios de urgência pouco urgentes ou não urgente no Serviço de Urgência como medida complementar das necessidades identificadas pelo utente como sendo de avaliação premente. Complementarmente, a utilização de gráficos do tipo velocímetro entre estas variáveis permite-nos caracterizar a organização da resposta com visualização imediata.

No caso das consultas programadas, quer médicas quer de enfermagem, e torna-se necessário, para cada tipologia e necessidades específicas dos subgrupos que utilizam cada uma das tipologias, quantificar os pedidos de consulta (atualmente dado de obtenção dificultada pela falta de plataforma que centralize os pedidos à distância ou presenciais), o número de consultas realizadas e a percentagem de utentes com falta ou que foram desmarcados (este último dado também de difícil obtenção de forma direta por não ser sistematicamente recolhido). Estes dados permitem-nos aferir a capacidade de resposta da unidade (pela resposta às solicitações) e/o comportamento pouco adequado dos utentes ou disfuncionalidades específicas da unidade (pelas faltas ou desmarcações).

Por último, quando a capacidade resolutive dos CSP se esgota num caso em concreto, e como forma de garantir os cuidados de saúde necessários a cada utente, é necessária a referência para outros níveis de cuidados. É por isso essencial monitorizar quer o volume quer os tempos de espera

quer o estado do pedido por Especialidade/Instituição Hospitalar por forma a melhorar processos e corrigir eventuais desvios.

5.1.2.4. Contexto

Em Saúde, mas especialmente nos CSP, a análise do contexto é fundamental para a valorização e qualificação dos dados, principalmente numa área tão sensível a este aspeto como o acesso, sendo assim possível integrar os dados de acesso com situações de condições físicas mais desafiantes, carência de recursos ou elevado número de utentes e que condicionam inevitavelmente as condições de acessibilidade.

Deste modo, na secção direita, foram incluídos vários dados de caracterização do contexto com o número de polos da unidade funcional, o número de utentes inscritos (total e sem equipa de saúde familiar) e o rácio de Unidades Ponderadas ou Índice de Complexidade do Utente por profissional de cada grupo, número de profissionais da equipa, médicos internos 4º ano e médicos em regime de prestação de serviço (em Equivalentes a Tempo Completo (ETC)) e o número de profissionais ausentes de forma prolongada (há mais de 1 e 3 meses).

5.1.3. Desempenho Assistencial

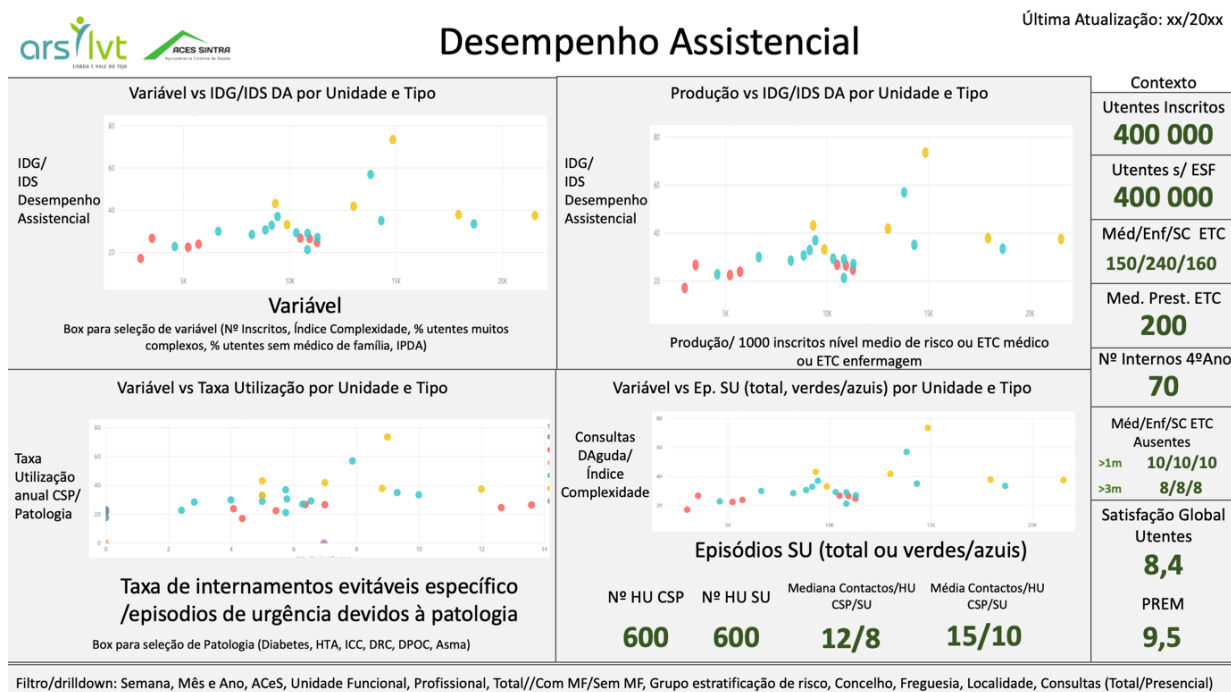


Figura 5.3 – Dashboard correspondente à dimensão Desempenho Assistencial
(Legenda: DA – Desempenho Assistencial, DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, DRC – Doença Renal Crónica, ESF – Equipa de Saúde Familiar, HTA – Hipertensão Arterial, HU – High Users, ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva, SC – Secretários Clínicos)

Na dimensão do Desempenho Assistencial, ao invés de se analisar indicadores a nível individual ou Índices de Desempenho Global/Setoriais por si, considerou-se muito mais relevante permitir a

análise da relação entre diferentes variáveis, analisando cada quadrante uma perspetiva diferente do desempenho com um gráfico de dispersão das diferentes Unidades Funcionais.

Em todas as medidas de desempenho em que foi considerado o IDG foi também colocada a hipótese de apenas ser analisado o IDS de Desempenho Assistencial, uma vez que o IDG atualmente pode ser afetado pelo não desenvolvimento de outras tarefas (ex. atividades de governação clínica no ACeS ou projetos de Melhoria Contínua da Qualidade) penalizando Unidades que pela carência de recursos tenham de se focar em exclusivo na área assistencial, referindo-se genericamente a Desempenho ao longo do presente subcapítulo.

Atendendo à tipologia de dados e utilidade dos mesmos, foram definidos filtros temporais e filtro/*drilldown* à Unidade Funcional e Profissional, tipologia de atribuição de médico/equipa de família, grupo de estratificação de risco e morada de residência (concelho, freguesia ou localidade).

Uma vez que atualmente o IDG ou IDS calculados só entram em linha de conta com os utentes com médico de família atribuído, para uma análise detalhada e utilizando a funcionalidade dos filtros, estes índices deverão ter cálculo de base populacional para posterior seleção de utentes com ou sem médico de família.

5.1.3.1. Desempenho vs Características População

No quadrante superior esquerdo, considerou-se relevante relacionar Desempenho com algumas variáveis caracterizadoras da população como o número de inscritos, o índice de complexidade, a percentagem de utentes muito complexos e de utentes sem médico de família e IPDA, sendo possível acrescentar outras variáveis que venham a ser consideradas pertinentes.

Com este gráfico de dispersão será possível de uma forma mais global e abrangente, compreender o posicionamento e relação entre as diferentes Unidades funcionais de acordo com o seu desempenho e o seu contexto como forma de valorizar as unidades com bom desempenho, mas especialmente as que, apesar de se poderem encontrar num contexto adverso, mantêm os níveis de desempenho.

5.1.3.2. Desempenho vs Produção

Atualmente os modelos de financiamento, nomeadamente em contexto hospitalar, são baseados em linhas de produção, sendo esta a base para a definição de orçamento.

No entanto, os CSP têm como principal missão a prestação de cuidados de saúde eficientes e de proximidade, apostando na promoção de saúde e cuidados preventivos (prevenção primária e secundária), motivo pelo qual se torna redutora e falaciosa a análise exclusiva da produção.

Assim, padronizando a produção ao número de inscritos e nível de risco ou ao profissional (médico ou enfermeiro), é possível avaliar o grau de eficiência (Figura 5.4) de acordo com o posicionamento em cada quadrante. Se é expectável, num conceito clássico industrial, que exista uma

relação linear entre produção e desempenho (maior produção/maior desempenho), os *outliers* deste dogma devem ser analisados, nomeadamente as unidades com elevada produção e baixo

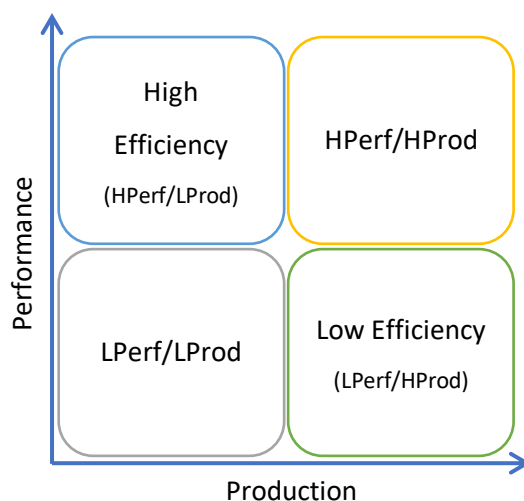


Figura 5.4 – Proposta de análise do gráfico de dispersão Desempenho vs. Produção
(Legenda: H – High, L – Low, Perf – Performance; Prod – Production)

desempenho (baixa eficiência) para intervenção e apoio às equipas e as com baixa produção e elevado desempenho (alta eficiência) para possível benchmarking e disseminação de boas práticas.

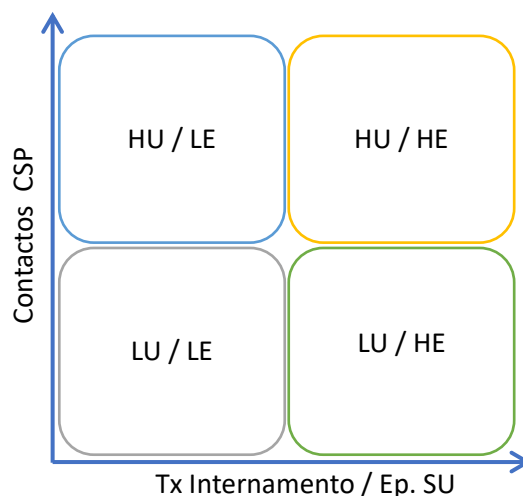
Sendo a consulta a principal unidade de produção nos CSP para alcançar os desejados resultados em saúde, torna-se essencial garantir o melhor desempenho, eliminando atividades de baixo valor e ineficiências na organização do trabalho.

5.1.3.3. Utilização CSP vs Utilização Hospitalar (em patologias específicas)

Numa lógica de introdução de uma análise que permita uma avaliação do tipo *value-based healthcare*, desde que garantida a possibilidade de filtragem dos utentes com determinado tipo de patologia (leia-se as mais frequentemente associadas a internamentos evitáveis e contribuição para limitação funcional e mortalidade (Diabetes, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Doença Renal Crónica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Asma), é útil a correlação entre 2 variáveis - utilização dos CSP, avaliada quer pelo número de consultas quer pela taxa de utilização anual dos CSP, e a ocorrência de exacerbações, medida pela taxa de internamentos evitáveis ou episódios de urgência relacionados com cada patologia) e comparação entre diferentes unidades ou profissionais.

Neste gráfico de dispersão, situado no quadrante inferior esquerdo do *dashboard*, podemos novamente dividir a análise em 4 áreas (Figura 5.5) – associa-se uma baixa taxa de exacerbações (área esquerda do gráfico) a um maior controlo das patologias pelo que a área inferior esquerda correspondem à capacidade de manter um controlo da(s) patologia(s) em autocuidados/contactos pouco frequentes com os serviços de saúde (mais eficiente) e a área superior esquerda à capacidade de manter o controlo da(s) patologia(s) de uma forma mais acompanhada e regular nos serviços de saúde – sendo o controlo das patologias sempre a forma desejável quer pelas consequências para os

utentes como pelo elevado volume de recursos físicos, humanos e financeiros alocados a exacerbações.



*Figura 5.5 - Proposta de análise do gráfico de dispersão Utilização CSP vs. Hospitalar em patologias específicas
(Legenda: H- High, L – Low, U – Use; E - Exacerbation)*

Por outro lado, a área direita pode ter duas leituras possíveis – os de baixa utilização e exacerbação que devem exigir uma reflexão pela Unidade/Profissional e eventual mudança de estratégias com maior envolvimento no seguimento dos utentes com a patologia respetiva, eventualmente através de convocatórias, ao passo que os de elevada utilização poderão ter patologias em grau avançado de difícil controlo apesar do acompanhamento ou o seguimento poderá não ser adequado ou de qualidade, exigindo uma reflexão detalhada sobre a situação em concreto.

5.1.3.4. Episódios SU vs Consultas Doença Aguda e Grandes Utilizadores

Um dos grandes tópicos em discussão entre cuidados hospitalares e CSP e para o qual o consenso se torna difícil dada a natureza de cuidados prestados em cada nível, do circuito do utente, forma de acesso e acessibilidade dos utentes e idiossincrasias culturais, tem sido a utilização dos serviços de urgência ou dos CSP em situações não urgentes ou pouco urgentes (azuis e verdes na escala da Triagem de Manchester, respetivamente) e que constituem em alguns casos cerca de 60% do volume de urgências.

Como justificação habitual para o volume de urgências hospitalares “inadequadas” surge à cabeça a argumentação de falta de resposta dos CSP neste tipo de situações.

Torna-se assim premente a caracterização através de um gráfico de dispersão que correlacione o número de episódios de urgência (total e verdes/azuis) com as consultas de doença aguda realizadas nos CSP no período (Figura 5.6) identificando-se 3 grandes grupos: os que se posicionam na zona verde de forma desejável (as Unidades ou Utentes com número reduzido/pontual de episódio de urgência e que maioritariamente recorre aos CSP), na zona vermelha (que utilizam maioritariamente os serviços de urgência quando comparado com os CSP) e que merecem uma análise

específica ou que utilizam muito ambos os serviços e se consideram grandes utilizadores de forma global e que exigem uma intervenção dedicada. Esta análise permite-nos analisar o perfil de utilização padronizado de utentes de cada Unidade ou lista de utentes sinalizando do ponto de vista de gestão as necessidades de intervenção diferenciada.

Por outro lado, também será útil a comparação com o Índice de Complexidade dos Utentes médio para compreensão de eventuais causas de padrões de utilização.

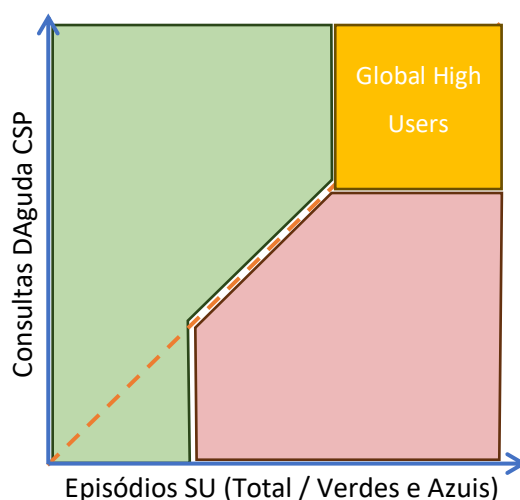


Figura 5.6 - Proposta de análise do gráfico de dispersão Episódios Serviço Urgência (SU) vs Consultas Doença Aguda

Outro dos aspetos intimamente relacionado com o volume das urgências prende-se com a existência de utentes com um padrão de utilização bastante elevado, denominados de grandes utilizadores (High Users), tendo sido este grupo objeto de vários projetos nacionais e internacionais integrados de análise e acompanhamento destes utentes. Assim, a visualização quer do número absoluto destes utentes de acordo com os critérios definidos quer nos CSP quer nos cuidados hospitalares (o número de 10 ou mais contactos inclui a maioria das definições) quer da mediana e média de contactos deste grupo de utentes quer nos CSP quer no SU pode permitir conhecer a dimensão da necessidade de atuação.

5.1.3.5. Contexto e Satisfação/Experiência Utentes

Tal como no *dashboard* Acesso, é necessário enquadrar o ACeS ou cada Unidade no seu contexto para permitir uma análise de dados adequada.

No entanto, tratando-se de um *dashboard* relacionado com o desempenho assistencial, tem de ser avaliada e incluída a satisfação e reporte da experiência dos utentes sobre os cuidados prestados. A primeira, recolhida classicamente por inquéritos de satisfação, permite-nos ter uma visão global do ACeS ou da Unidade sobre o grau de satisfação, havendo ainda um longo caminho a percorrer para que esta recolha de informação seja feita de modo transversal e homogéneo para permitir a comparação. Outra das medidas que tem vindo a ser cada vez mais utilizada são os PREMs (Patient Reported Experience Measures) e que visam medir o que aconteceu num episódio e como aconteceu,

sendo cada vez mais um indicador de integração de cuidados, não afetados pelas experiências passadas como os questionários de satisfação, devendo ser apresentados os resultados dos instrumentos selecionados e validados (Bull, Byrnes, Hettiarachchi, & Downes, 2019).

5.1.4. Utentes sem Equipa de Saúde Familiar

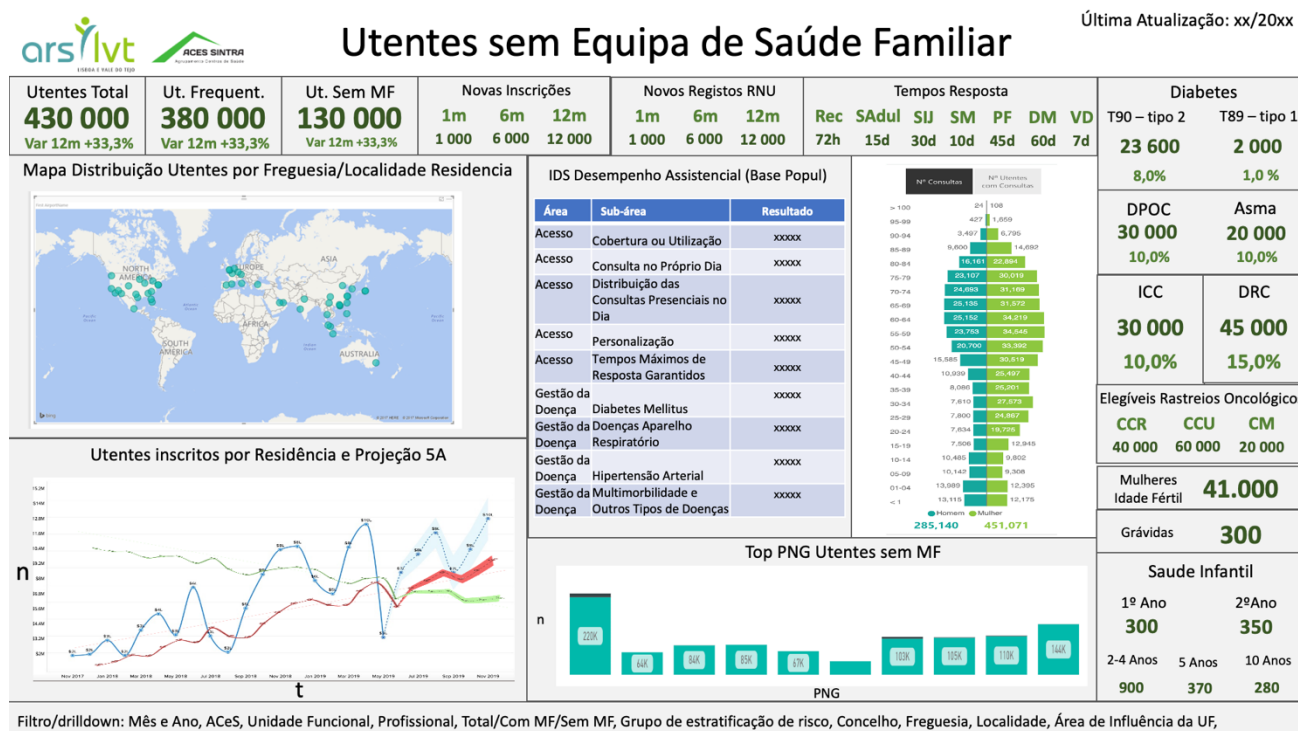


Figura 5.7 – Dashboard correspondente à dimensão Utentes sem Equipa de Saúde Familiar

(Legenda; CCR – Cancro Colo-Retal, CCU – Cancro Colo Útero, CM – Cancro da Mama, DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, DRC – Doença Renal Crónica, ICC – Insuficiência cardíaca congestiva, IDS – Índice Desempenho Setorial, MF – Médico de Família, PNG – Patient Need Groups, RNU – Registo Nacional de Utentes, Ut. – Utentes)

Um dos principais desafios atuais a nível nacional, mas mais concentrado a nível da região de Lisboa e Vale do Tejo e especialmente em Sintra, é o número elevado de utentes sem equipa de saúde familiar atribuída. Esta população representa um desafio quer no acesso quer no desempenho assistencial (decorrente da falta de acesso e/ou da falta de recursos humanos especializados, nomeadamente médicos) pelo que foi dedicado um dashboard específico a este sub-grupo de utentes pela necessidade acrescida de planeamento quer na organização de respostas específicas ou quantificação de recursos humanos para garantir uma resposta de qualidade, quer de monitorização da atividade realizada.

Procurou-se assim caracterizar a população sem equipa de saúde familiar do ponto de vista de:

- Número de inscritos (com relação com o número global), número de novas inscrições e novos registos (no último mês, 6 e 12 meses) para perceção do crescimento populacional e probabilidade de acréscimo de solicitações de saúde;

- Distribuição por concelho, freguesia e localidade, através da visualização em mapa/tabela e análise temporal em gráfico de linhas, idealmente com projeção de evolução a 5 anos, sendo este dado fundamental para identificação de necessidade de novos equipamentos de saúde/alargamento das equipas de acordo com a área de residência dos utentes como forma de garantir cuidados de saúde de proximidade aos utentes;

- Faixas etárias com necessidades específicas de saúde (crianças no 1º e 2º anos de vida, 2-4 anos, 5 anos e 10 anos, estes últimos pela necessidade preconizada de Exame Global de Saúde, mulheres em idade fértil e utentes em idade elegível para rastreio oncológico do colón e reto, colo do útero e mama);

- Grávidas, pela necessidade transitória e inadiável de cuidados de saúde;

- Patologias específicas pela relevância que têm quer em termos de prevalência quer em termos de impacto na mortalidade ou complicações limitantes (como a Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma, Insuficiência Cardíaca e Doença Renal Crónica);

- Estratificação de risco, com quantificação dos utentes em cada grupo, permitindo um adequado planeamento da oferta necessária de cuidados de saúde à população.

Outro dos aspetos é a acessibilidade e o desempenho que podem ser medidos de 3 modos: quantificação do número de consultas e de utentes com consulta, como forma de garantir que o acesso não está restrito a um pequeno subgrupo da população, os tempos de resposta para cada tipologia de consulta, pelos possíveis atrasos extremos pela falta de recursos, e a quantificação dos IDS calculados especificamente para a população sem equipa de saúde familiar.

Atendendo à tipologia de dados e utilidade dos mesmos, foram definidos filtros temporais e filtro/*drilldown* à Unidade Funcional e Profissional, tipologia de atribuição de médico/equipa de família, grupo de estratificação de risco, concelho, freguesia e localidade e área de influência da UF.

5.2. Use Cases

Para caracterização do modelo através de Use Cases, foram definidos três grupos para facilitar a sua interpretação – ao nível da estrutura dirigente do ACeS (Figura 5.8), da gestão de Recursos Humanos (Figura 5.9) e dos Utentes (Figura 5.10) – tendo sido colocados, tendencialmente, os atores referentes a organizações ou pessoas do lado esquerdo e os sistemas de informação à direita, e apenas incluídos os casos considerados relevantes para o objetivo da presente tese, não pretendendo ser uma identificação sistemática de todos os casos inerentes ao funcionamento de um ACeS.

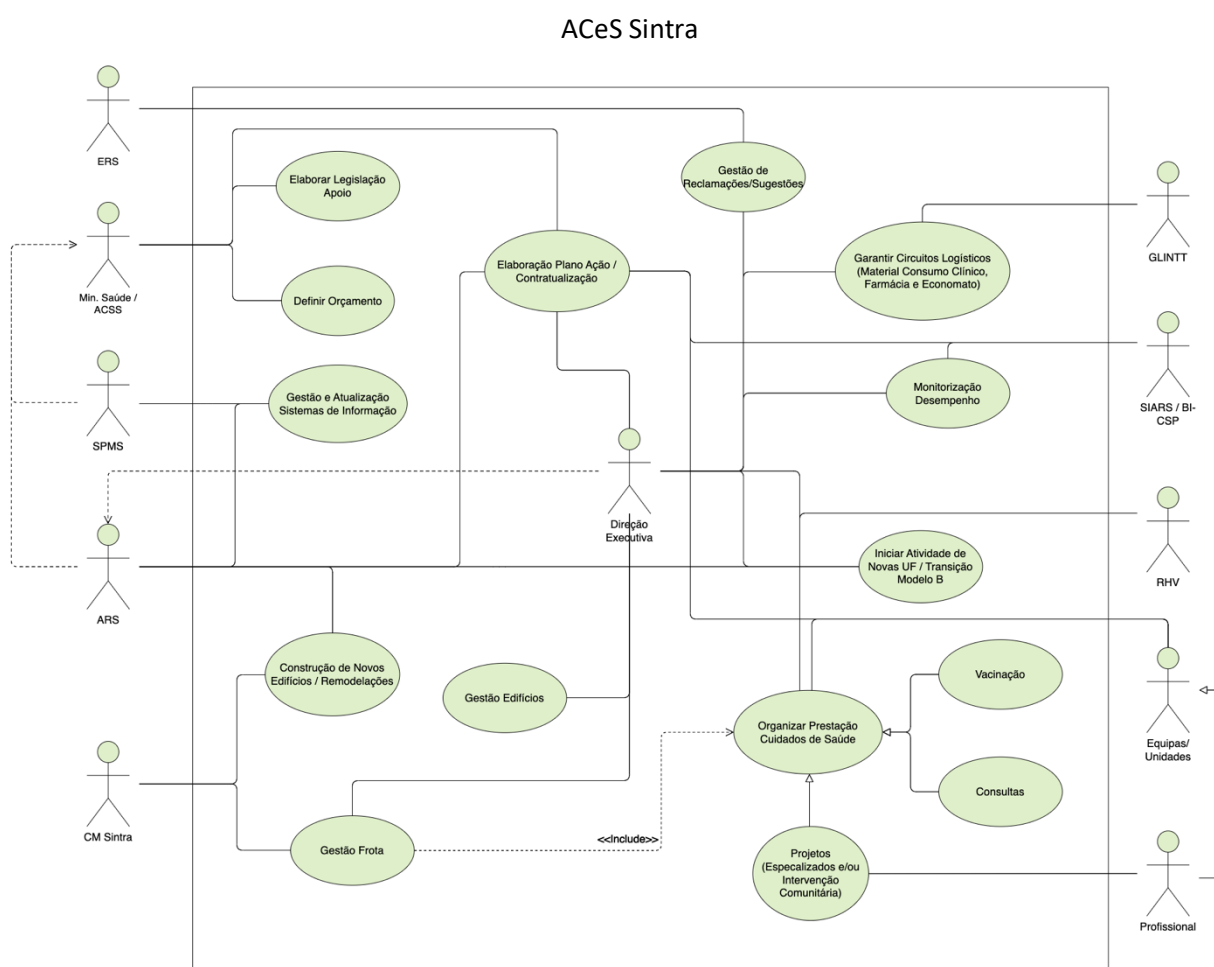


Figura 5.8 – Diagrama de Use Case relativo à estrutura dirigente do ACeS Sintra

Analisando a Figura 5.8, optei por agrupar os casos em 4 quadrantes, colocando a Direção Executiva ao centro pela articulação com praticamente todos os casos. O 1º quadrante referente uma visão macro do sistema em que as estruturas ministeriais e nacionais/regionais estão envolvidas como a definição do orçamento para a Saúde, a elaboração de legislação de apoio à atividade dos ACeS, a gestão das reclamações pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), os sistemas de informação e a definição dos termos de contratualização em cada ano, além da responsabilidade pela contratualização e validação do plano de ação do ACeS ser feita no plano regional. O 2º quadrante

encontra-se dedicado às estruturas de suporte e de controlo no ACeS, nomeadamente a cadeia logística de suporte e a monitorização do desempenho e a gestão das reclamações e sugestões como mecanismo de controlo. No 3º encontram-se os casos dedicados aos equipamentos e frota, sejam eles a construção ou remodelação de edifícios (a cargo da ARS ou da Câmara Municipal de Sintra (CM Sintra)) mas com acompanhamento por parte do ACeS ou a gestão de todos os edifícios. Encontramo-nos atualmente num momento de mudança em que atualmente cabe à Direção Executiva a gestão da frota, mas será essa competência transferida/partilhada com a CM Sintra, razão pela qual se inclui essa relação, mas também por atualmente já existir uma colaboração importante através das juntas de freguesia e pontualmente com a CM Sintra diretamente. Por último concentram-se as atividades de organização e prestação dos cuidados, incluindo a prestação direta de cuidados (consultas e vacinação) e os projetos diferenciadores. Um dos grandes desafios atuais, no seguimento dos princípios da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, prende-se com a organização do Serviço Nacional de Saúde e do ACeS e das Unidades em particular (atividade central do cargo de Diretor Executivo) e nomeadamente ao nível do estímulo à criação de novas USF ou de condições favoráveis para transição de USF para modelo B.

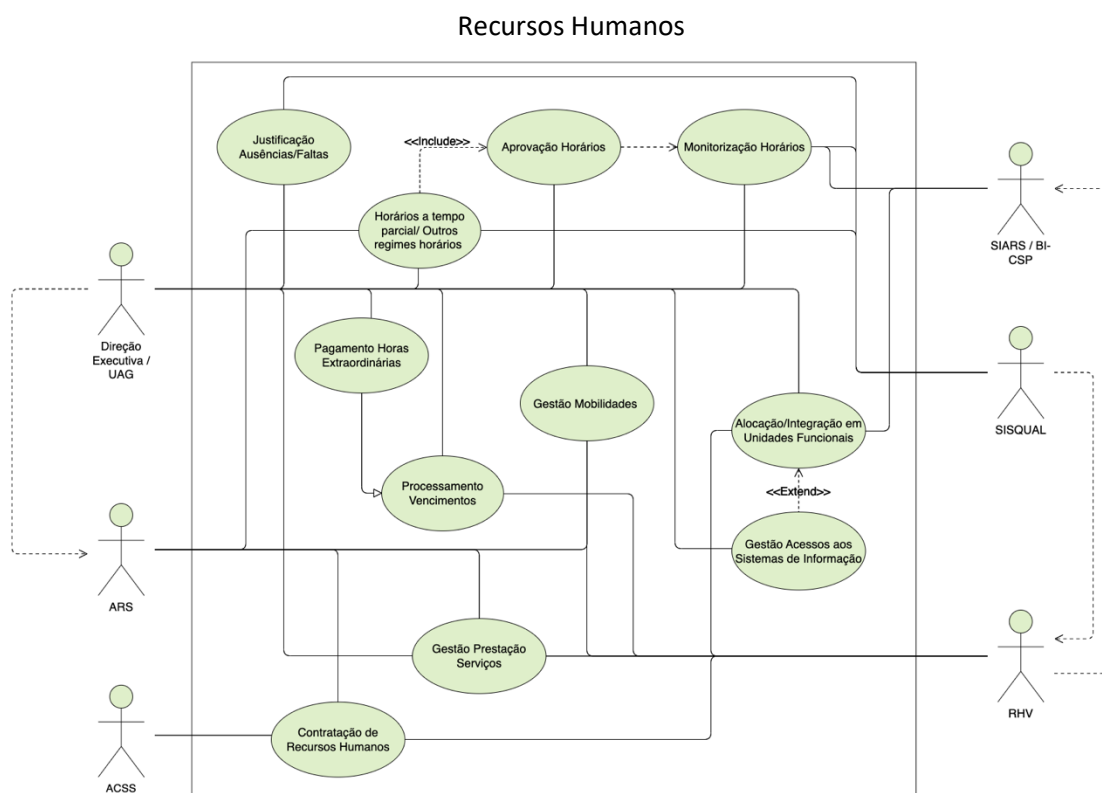


Figura 5.9 - Diagrama de Use Case relativa à Gestão de Recursos Humanos

A Figura 5.9 apresenta-nos os casos relacionados com os Recursos Humanos, indissociáveis dos casos apresentados anteriormente, mas mais facilmente sistematizados deste modo. Existe um foco

em 3 áreas fundamentais: Contratação/Alocação a Unidades Funcionais, Remunerações e Assiduidade. Na primeira enquadram-se não só a contratação de profissionais para o quadro como em regime de prestação de serviços no sentido de mitigar falhas transitórias, a gestão de mobilidades internas e externas e a alocação dos profissionais às unidades funcionais respetivas, bem como toda a gestão da alteração de Unidades Funcionais a pedido dos profissionais, e consequente atribuição de acessos aos sistemas de informação. Nas restantes, e de um modo interligado, surgem as questões de assiduidade e de horário de trabalho, e necessárias justificações em caso de ausência, bem como o pagamento dos vencimentos e, quando aplicável, de horas extraordinárias. Realça-se, no entanto, a necessidade de monitorização quer do cumprimento dos horários de trabalho quer da realização das tarefas que deverão ser realizadas durante esse período, sendo necessário transparência e sistematização nessa mesma avaliação.

Figura 5.10 - Diagrama de Use Case relativo aos Utentes

enfermeiro de família) estão diretamente relacionados uma vez que a inscrição em equipa de família não é possível sem haver em simultâneo uma inscrição numa unidade de saúde e são o elemento mais importante de organização dos serviços uma vez que é possível definir quer o número de utentes afetos a cada Unidade Funcional, idealmente de acordo com os recursos humanos existentes, bem como garantir cuidados de proximidade aos utentes de um ACeS (com equipa de família na sua unidade de proximidade da residência) e a personalização dos mesmos que tanto caracterizam os CSP. Sabemos também que este aspeto se relaciona diretamente com os indicadores de desempenho e, nas USF modelo B, está associado a uma componente remuneratória caso as listas de utentes excedam o limite mínimo legalmente estipulado.

Com a introdução de medidas de estratificação de risco que permitam uma eficaz classificação dos utentes de acordo com as necessidades de saúde e de recursos a alocar para controlo adequado das condições de saúde, torna-se essencial o seu enquadramento nos *use cases*.

Como consequência das intervenções realizadas e da necessidade de avaliação de desempenho, cada utente poderá ser elegível para determinados indicadores de desempenho e posteriormente classificado como cumpridor ou não cumpridor, sendo esta classificação essencial para o resultado de cada indicador e assim permitir a monitorização do desempenho de cada profissional, equipa e ACeS.

5.3. Diagrama de Classes

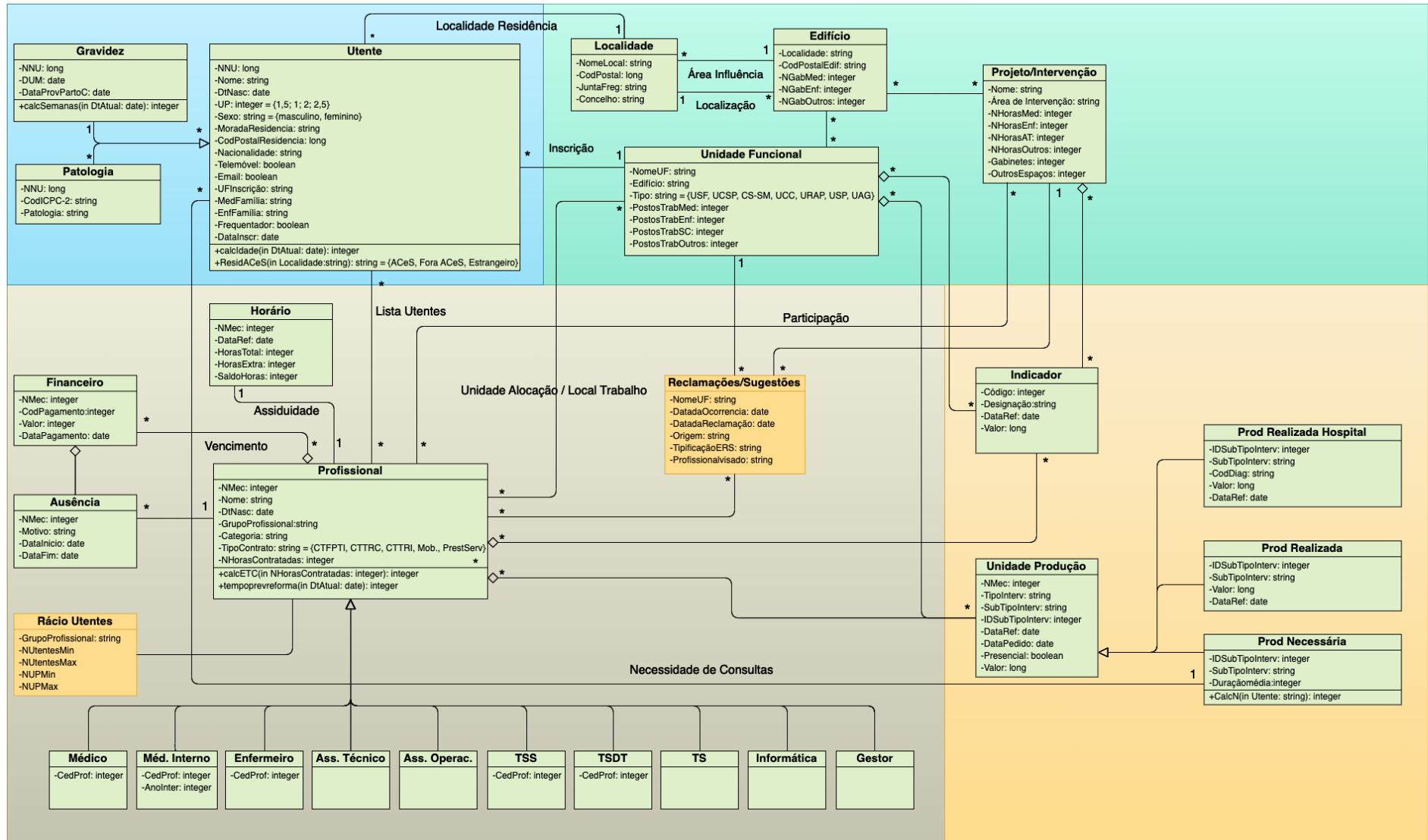


Figura 5.11 – Framework de relação de dados para construção dos dashboards apresentados

Após construção dos diagramas de utilização de casos, e como forma de operacionalizar a integração da maioria dos mesmos no sentido da construção dos *dashboards* de controlo propostos, que permitam a monitorização integrada de todos estes dados, ou outros que sirvam o propósito de planeamento agregado entre diversas variáveis que impactam profundamente no funcionamento e gestão do ACeS.

Tal como já referido, na construção do modelo conceptual (Figura 5.11) foi dada especial atenção às áreas identificadas como necessidades imediatas da organização com o objetivo de permitir a construção de instrumentos de planeamento agregado e controlo e reflexão sobre as práticas instituídas. Nesta conceptualização, e como forma de organização esquematizada, podemos dividir o modelo em quatro quadrantes agregando as diversas classes num grupo mais lato simplificado (Figura 5.12) permitindo assim uma melhor compreensão das suas diversas componentes e da relação entre eles (as 3 categorias na metade superior e na metade inferior com associações de classes maioritariamente entre si).



Figura 5.12 – Framework simplificado numa estrutura em quadrantes com proposta de estrutura de relação entre categorias

Hornby & Forte, 2003 assinalam a importância desta monitorização integrada através de múltiplos indicadores, na sua definição mais lata, como foram de permitir a identificação atempada de situações ou incidentes que possam necessitar de uma avaliação mais aprofundada e eventual intervenção, sendo por isso a escolha de alguns indicadores críticos fundamental para o processo de tomada de decisão, correlacionando recursos humanos com os resultados do sistema de saúde. Adaptando a proposta destes autores foram incluídas áreas relacionadas com características de boa gestão, motivação, adequação dos recursos humanos à carga de trabalho e sensibilidade aumentada para as questões globais de saúde da população, colocando o foco simultâneo em utentes e profissionais.

5.3.1. Utentes

Este primeiro quadrante é indissociável da sua classe principal: os Utentes, sendo as restantes subclasses complementares na caracterização desta.

5.3.1.1. Utentes

Nesta classe foram escolhidos 15 atributos quer para definição da classe quer para estabelecimento de parâmetros de relação com as restantes classes e 2 operações necessárias para melhor caracterização e criação de grupos para intervenção diferenciada.

Como fonte de informação principal para esta classe posiciona-se o Registo Nacional de Utentes (RNU) cujos atributos se encontram inseridos sendo importante clarificar os seguintes atributos:

- NNU (Número Nacional de Utente) – este atributo é o identificador único de cada utente a nível nacional e, como tal, é o parâmetro inequívoco de identificação em Saúde constituído por um número de 9 dígitos;
- UP (Unidades Ponderadas) – as unidades ponderadas são utilizadas como forma de medir a carga de trabalho associada a cada faixa etária, tendo por base as necessidades de saúde e de contacto com as equipas. Encontra-se legalmente estabelecido (Ministério da Saúde, 2017) que às crianças dos 0 aos 6 anos é-lhes atribuído o valor de 1,5, aos idosos dos 65 aos 74 anos o valor de 2, aos idosos acima dos 75 anos 2,5 e aos restantes 1. Este valor, além do número absoluto de utentes, é outro dos parâmetros a considerar na definição da dimensão das listas de utentes. Tendo em conta os modelos de estratificação do risco ou complexidade, este atributo pode tornar-se obsoleto sendo necessário substituir por um Índice Complexidade ou Grupo de Estratificação de Risco;
- Telefone e E-mail – apesar da importância do valor destes atributos, para efeitos de gestão é relevante a informação da denominada completude dos dados de contacto para aferição do número de utentes com estas tipologias de contacto registadas em processo individual;
- UF Inscrição (Unidade Funcional de Inscrição) – também relacionado com as listas de utentes e essencial para a gestão da inscrição dos utentes é a sua correlação direta com uma Unidade Funcional que seja referência na prestação de cuidados de saúde e garanta a sua continuidade;
- MedFamília e EnfFamília (Médico e Enfermeiro de Família) – pelos mesmos motivos do parâmetro anterior e correlacionado com o estabelecimento das listas de utentes existe uma atribuição nominal de cada utente a um médico ou enfermeiro de família ou, em caso de ausência de qualquer um destes profissionais, é atribuído o valor “Sem Médico” ou “Sem Médico por opção” e “Sem Enfermeiro”;

- Frequentador – este atributo, com um tipo de dados booleano, é caracterizado pela utilização dos serviços de saúde do SNS pelos utentes. Atualmente, apenas aos utentes “sem médico” é aplicada a mudança de estado para “não frequentador”, com inativação da inscrição nas situações de não utilização dos serviços do SNS por um período igual ou superior a 5 anos.
- DataInsc – este atributo de data permitirá a relação com a data atual e classificação temporal da data de novas inscrições.

Nas operações definidas, além do cálculo numérico da idade (*calclidade*) necessário para o cálculo das UP, auxílio na construção de listas de utentes equilibradas e definição de necessidades de saúde, é relevante a classificação do utente num de 3 grupos de acordo com a morada de residência (*ResidACES*) – residente na área de influência do ACeS, fora da área de influência do ACeS e no estrangeiro – como forma de atuação protocolada na possibilidade de revisão das inscrições em listas de utentes, garantindo prioridade e equidade no acesso aos utentes residentes.

Além da relação com as suas respetivas subclasses (Gravidez e Patologia), a classe utentes associa-se com a classe “Localidade” como forma de identificar a Localidade de Residência, com a “Unidade Funcional” devido à Inscrição numa Unidade Funcional, com o “Profissional” pela existência de uma organização baseada em listas de utentes (tendo como base principal o médico de família mas também o enfermeiro de família) e decorrente da necessidade individual de cuidados e da sua contabilização com a subclasse “Prod Necessidade”.

5.3.1.2. Gravidez e Patologias

Estas subclasses da classe utentes retratam condições específicas de cada utente, sendo possível a cada utente estar grávida e/ou ter uma ou mais patologias. A fonte de informação que serve de base para recolha destes dados é o SIARS.

Na subclasse Gravidez, além do NNU já abordado, definem-se como dados principais para definição da necessidade e planeamento de cuidados a Data da Última Menstruação (*DUM*) que permite, até à realização da primeira ecografia, o cálculo da Idade Gestacional (*calcSemanas*) passando a ser utilizada a Data Provável de Parto Corrigida (*DataProvPartoC*) correspondente às 40 semanas de gestação.

Por outro lado, na subclasse Patologia, pela necessidade de padronização das várias patologias/fatores de risco que um determinado utente possa ter, propõem-se além da designação (Patologia) a utilização da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – ICPC-2, amplamente utilizada nos CSP e como chave para a definição das necessidades de saúde dos utentes.

5.3.2. Unidade Funcional e Projetos/Intervenção

No quadrante dedicado às Unidades Funcionais torna-se de extrema importância não só a identificação e caracterização das classes, mas também as relações que se criam entre elas pela articulação referente às áreas de influência de cada Unidade Funcional. Tendo em conta que existem inúmeros projetos e intervenções que se podem desenvolver ao nível de um agrupamento que podem existir de forma independente das Unidades Funcionais optou-se por criar uma classe diferente para permitir acomodar todas as situações de atividade com utentes e que não se enquadram numa Unidade Funcional ou são transversais ao ACeS.

5.3.2.1. Unidade Funcional

Na sistematização dos atributos referentes a cada Unidade Funcional é relevante clarificar os seguintes:

- Tipo – cada Unidade Funcional tem um tipo atribuído e que se enquadra nas tipologias estabelecidas legalmente. Atualmente existem USF, UCSP, UCC, URAP, USP e UAG e ainda uma outra tipologia administrativa criada pela ACSS devido ao número elevado de utentes sem médico e à necessidade de gestão dos mesmos denominada Centro de Saúde Sem Médico (CS-SM), criando uma Unidade Funcional virtual sem necessidade de existência num espaço físico único, mas afeta a um conjunto de edifícios com uma determinada área de influência.
- Edifício – por uma questão de organização cada unidade está afeta física e/ou organizativamente a um ou mais edifícios do ACeS. Esta relação permite identificar as respetivas áreas de influência e consequentemente a priorização adequada de inscrição de utentes.
- PostosTrab – os atributos de postos de trabalho para cada grupo profissional (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Técnicos ou Outros (podendo ser mais detalhado no caso das URAP, USP e UAG)) prende-se quer com a dimensão prevista máxima para cada Unidade Funcional (para todas as Unidades) e com a autorização prevista nos pareceres técnicos emitidos pela Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento aos Cuidados de Saúde Primários de cada ARS (ERA-CSP), no caso das USF e UCC, condicionante dos recursos máximos a alocar sem revisão do Parecer Técnico.

Esta classe, central para o modelo conceptual, associa-se ao Edifício, como já explicado anteriormente, ao “Utente” através da Inscrição atribuída aos utentes, ao “Profissional” pela sua Alocação à Unidade Funcional representando o seu Local de Trabalho funcional, aos indicadores de produção e desempenho “Indicador” e “Unidade de Produção” e às Reclamações/Sugestões uma vez que estas também podem ser dirigidas ao funcionamento da Unidade como um todo e não especificamente a um profissional em concreto.

5.3.2.2. Localidade e Edifício

As classes “Localidade” e “Edifício” são essenciais para o enquadramento quer das áreas de influência quer da prioridade na atribuição de equipa de família nas Unidades de proximidade. Assim, optou-se por fazer do Edifício a unidade básica para definição de área de influência tendo em conta que, no caso do ACeS Sintra, não existem Unidades afetas a um único edifício com áreas de influência distintas. No entanto, poder-se-á dar o caso, de haver uma divisão de área de influência em unidades pertencentes ao mesmo edifício, levando a uma necessidade de revisão deste ponto com associação direta da “Unidade Funcional” à “Localidade”, mas criando-se uma necessidade de enquadramento das outras atividades incluídas na classe “Projeto” e da avaliação do espaço disponível.

Quanto aos atributos na classe “Localidade” realça-se o Código Postal como código numérico de 7 dígitos, sendo utilizada a base de dados dos CTT como matriz para designação da localidade e fazendo-se a correlação com a Junta de Freguesia respetiva. No caso de Sintra o atributo concelho não tem relevância por se tratar de um único concelho no ACeS, mas existem outros ACeS cuja dispersão geográfica e de concelhos justifica esse atributo.

No caso do “Edifício” além da identificação da Localidade e Código Postal caracteriza-se a disponibilidade de gabinetes (NGab) médicos, de enfermagem e outros por uma questão de planeamento relativamente à capacidade de acomodar todos os profissionais necessários para responder a uma determinada população.

Estas duas classes relacionam-se através da identificação das áreas de influência dos edifícios, consubstanciadas pelo conjunto de localidades incluídas, e da sua localização física. No entanto, pelos motivos já explicados, apenas o “Edifício” se relaciona quer com a “Unidade Funcional” quer com o “Projeto”.

5.3.2.3. Projeto/Intervenção

Tal como já explicitado, a existência de várias iniciativas de prestação de cuidados concretizadas sob a forma de projetos ou intervenções estruturadas independentes das Unidades Funcionais pela sua abrangência generalizada do ACeS ou atividade de prestação diferenciada das Unidades levou a que fosse encontrada a solução de criação de uma classe própria para enquadramento destas soluções, muitas delas inovadoras na resolução de problemas específicos (por exemplo a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro de Feridas Complexas, Infiltrações Periarticulares, Medicina do Viajante, Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, entre outros). Assim deve ficar identificado além do nome do projeto, a área de intervenção, o número de horas alocadas (NHoras) de cada profissional (médicos, enfermeiros ou outros) e Gabinetes e Outros Espaços necessários para a prossecução das atividades. Associam-se assim a um ou mais edifícios, a um ou

mais profissionais em termos de participação no projeto e a eventuais reclamações e sugestões que possam surgir.

5.3.3. Recursos Humanos

A área dos Recursos Humanos é outra das áreas nucleares deste modelo conceptual pela necessidade da sua caracterização, monitorização da atividade realizada, planeamento relativamente às necessidades atuais e futuras e controlo relativamente ao absentismo e aos custos associados a suplementos e horas extraordinárias.

5.3.3.1. Profissional

A classe “Profissional” é a principal classe deste grupo uma vez que se trata da unidade produtora de um sistema de saúde. A sua caracterização deve ser realizada de um modo sistemático, justificando a presença de 7 atributos e 2 operações destacando-se:

- NMec (Número Mecanográfico) – este atributo configura o identificador único de todos os profissionais a trabalhar em cada ARS.
- GrupoProfissional – devido à especificidade de tarefas de cada grupo profissional é imprescindível a sua classificação por grupo profissional. Este atributo por sua vez está relacionado com todas as subclasses desta classe (Médico, Médico Interno, Enfermeiro, Assistente Técnico, Assistente Operacional, Técnico Superior de Saúde (TSS) (no qual se incluem Psicólogos, Nutricionistas, ...), Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) (no qual se incluem os Fisioterapeutas, Técnicos de Saúde Ambiental, Higienistas Orais, Terapeutas das Fala, entre outros), Técnicos Superiores (TS), Informática e Gestor, tendo estas subclasses apenas o atributo adicional da Cédula Profissional respetiva nos grupos profissionais que as detêm. No caso dos Gestores, apesar de atualmente não existirem de forma disseminada nos CSP, existindo alguns Administradores Hospitalares e Técnicos Superiores que assumem essa tarefa, optou-se neste modelo em assumir a tendência futura deste grupo profissional vir a participar na gestão de proximidade dos CSP.
- Categoria – relacionado com as questões remuneratórias e de carreira
- TipoContrato – atendendo à multiplicidade de tipologias contratuais existentes nos CSP é condição essencial a identificação das mesmas dadas as diferenças em termos de vínculo e hierarquia contratual. Assim assumem-se os Contratos de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado (CTFPTI) comumente designados por elementos do quadro, Contratos de Trabalho a Termo Resolutivo Certo (CTTRC) ou Incerto (CTTRI), Profissionais em mobilidade não consolidada (Mob.) e os profissionais contratados em regime de prestação de serviço (PrestServ).

- NHorasContratadas – a identificação inequívoca do número de horas contratadas é essencial para os objetivos identificados por este modelo, atendendo às variações individuais quer de tipologias contratuais ou horárias, quer de horários a tempo parcial, quer de bonificações por anos de serviço. Tal como no Estados Unidos (Hopkins & Sinsky, 2014), a utilização dos Equivalentes a Tempo Completo (ETC) é essencial para padronização do número de horas alocadas, uma vez que é uma medida mais sensível dos profissionais disponíveis. Por esse motivo foi incluída a operação calcETC para a identificação do número de ETC correspondente a cada profissional.
- Tempoprevreform (Tempo Previsto até à Reforma) – Datz et al., 2012 assinala vários pontos relacionados entre si como fundamentais para um planeamento eficaz das necessidades de profissionais: tempo de serviço médio, média de idade, taxa de rotatividade e o risco de reforma a 3 anos (quer por atingimento de idade ou tempo de serviço necessários). Assim optou-se por incluir uma operação que pudesse calcular o tempo (em anos) previsto até à idade da reforma permitindo assim a identificação atempada de prováveis saídas.

Esta classe relaciona-se assim com várias outras classes: “Horário” que garante a monitorização do número de horas trabalhadas e do saldo de horas acumulado, “Ausência” que caracteriza o absentismo de cada profissional, “Financeiro” de forma agregada e relacionado com o pagamento dos vencimentos, “Reclamações/Sugestões” associadas a cada profissional, “Indicador” e “Unidade de Produção” de forma agregada relacionada com a produtividade e desempenho de cada um dos profissionais (apesar de poderem existir alguns grupos profissionais sem capacidade de, atualmente, serem individualizados os indicadores). Por último, existe a associação com a classe “Rácio Utentes” relacionado com as dimensões das listas de utentes e afetos a cada profissional dada a necessidade de ajustamento aos ETC, procurando-se criar uma matriz de número de utentes mínimo e máximo (quer em número absoluto (NUtenters) quer em Unidades Ponderadas (NUP)) como forma de identificação de listas fora dos intervalos definidos.

5.3.3.2. *Horário*

O planeamento e controlo em Recursos Humanos está intimamente ligado com o cumprimento dos horários contratados. Assim a inclusão desta classe pretende associar a cada profissional a possibilidade de monitorização dos horários realizados através do número total de horas realizadas registadas em sistema biométrico, o número de horas extraordinárias realizadas (remuneradas como tal) e o número de horas acumuladas em saldo de horas.

Esta monitorização e avaliação permite não só fazer a correlação deste parâmetro com a produtividade e desempenho individuais, mas também identificar precocemente quer situações de incumprimento quer situações de grande desgaste pela realização excessiva de horas adicionais.

5.3.3.3. Financeiro

Um dos pontos fundamentais em gestão prende-se com os custos relacionados com os vencimentos dos trabalhadores e que são uma parcela relevante da despesa anual., sendo necessário uma aprovação judiciosa de todas as atividades extra autorizadas.

Assim pode-se correlacionar o profissional através do Número Mecnográfico com os vários tipos de pagamento (devidamente codificados tal como surgem nos recibos de vencimento) com o valor e data de pagamento, permitindo assim analisar globalmente o valor de cada uma das componentes pagas aos profissionais e a sua variação ao longo dos meses ou anos e comparação com períodos homólogos.

Esta classe encontra-se agregada à classe “Profissional” dada a sua correlação dependente desta.

5.3.3.4. Ausência

Tal como a classe anterior, a “Ausência” encontra-se agregada à classe “Profissional”. No entanto, e pela sua possível implicação no processamento do vencimento relaciona-se com a classe “Financeiro” de um modo agregado., sendo fundamental para quantificar e caracterizar o absentismo, influenciando diretamente a produtividade e desempenho quer individual quer das equipas. Decidiu-se caracterizar esta classe, além do identificador único do profissional (NMec), o motivo de ausência que se pode enquadrar em motivos de doença, assistência a familiares, gravidez de risco, licença de parentalidade, acidente de trabalho, falecimento de familiar, formação, representação do ACEs ou de outras organizações (ordens, sindicatos, ...), entre outros, e as datas de início e previsão de final da ausência.

5.3.3.5. Reclamações/Sugestões

Apesar de relacionado diretamente com os profissionais, esta classe encontra-se num plano de transição entre Profissionais, Unidades e Desempenho uma vez que as Reclamações e Sugestões podem incidir quer sobre profissionais em concreto ou sobre a Unidade em geral, os seus circuitos e processos, impactando no desempenho por via do indicador da satisfação dos utentes.

Importa caracterizá-las através da Unidade Funcional visada ou onde se deu a ocorrência motivadora de reclamação ou sugestão, a data de ocorrência e a data da reclamação para avaliação de possível viés de memória, a origem da reclamação (e-mail, carta, livro amarelo, outras entidades, ...), a classificação das reclamações de acordo com a tipificação dos processos da ERS e o profissional visado. Esta classe poderá ser completada com outros atributos que possam ser úteis numa lógica de acompanhamento das Unidades.

5.3.4. Produtividade e Desempenho

O quarto quadrante, dedicado à produtividade (representada pela classe “Unidade Produção” e respetivas subclasses) e desempenho (representada pela classe “Indicador”), acaba por ser o elemento que, do ponto de vista do controlo em primeira instância e do planeamento quer de recursos humanos quer de infraestruturas e equipamentos quer de modificação de processos e procedimentos, agrega os restantes quadrantes e fornece evidência para apoiar as tomadas de decisão.

5.3.4.1. Unidade de Produção

Para avaliação e monitorização da produtividade ao nível dos CSP é fulcral garantirmos que conseguimos contabilizar as suas diversas Unidades de Produção. Apesar da sua larga maioria ser do tipo Consulta, existe uma miríade de unidades de produção relacionada principalmente com as unidades que não USF ou UCSP como as Intervenções Comunitárias, Intervenções em Grupo, Atendimentos do Serviço Social, Elaboração de planos no âmbito da Saúde Pública, que não devem ser enquadradas no tipo Consulta, ou de outros grupos profissionais como AT, nomeadamente atendimentos telefónicos ou presenciais, email, entre outros. Também as especificidades do nível hospitalar exigirão a parametrização de outras tipologias de unidades de produção.

Optou-se assim por caracterizar a classe com os atributos: número mecanográfico do profissional em análise, o tipo de intervenção (como exposto supra), o subtipo de intervenção (nomeadamente nas tipologias de consulta como, por exemplo, Saúde de Adultos, Iniciativa Médica, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar ou Doença Aguda) e respetiva codificação (IDSubTipoInterv), a data de referencia de leitura, se se trata de uma intervenção presencial ou não presencial e a quantificação das mesmas na data de referencia.

No entanto, existem três subclasses que importa quantificar e correlacionar: a Produção Necessária para responder às necessidades dos utentes (medido pelas características de cada utente), a Produção Realizada, ambas correspondentes aos CSP, e a Produção Realizada Hospital para integração de dados relativos a SU e Internamentos. Para a produção necessária foi incluído o atributo duração média de consulta que deverá ser definido de acordo com o documento publicado pela Ordem dos Médicos relativamente ao Tempos Padrão das Consultas (Ordem dos Médicos, 2019) ou de acordo com a convenção adotada no ACeS, nomeadamente para outras tipologias de Unidade de Produção.

5.3.4.2. Indicador

No que concerne ao desempenho, este será possivelmente o ponto que mais atenção tem merecido por parte do Ministério da Saúde e da ACSS através da publicação na plataforma BI-CSP e que enquadra todos os indicadores de desempenho contratualizados a nível nacional, com

possibilidade de benchmarking entre todas as unidades em Portugal Continental, sendo essencial a sua integração no presente modelo conceptual.

Não obstante o grande avanço dado com a criação e atualização do BI-CSP, que garante o acesso simplificado e estruturado a um conjunto enorme de dados e tem sido o garante de monitorização e acompanhamento de desempenho e produtividade, não está operacionalizada visualmente a relação entre indicadores contratualizados e executados, os respetivos numeradores e denominadores e a visualização inequívoca dos profissionais presentes e ausente e os respetivos ETC, sendo estes dados, na minha opinião, necessários numa análise mais detalhada local e não numa plataforma nacional de *benchmarking*.

6. Conclusões e Recomendações

A discussão sobre o quadro conceptual e as dimensões de análise de *Corporate* e *Clinical governance* nos CSP é essencial para permitir o desenvolvimento dos mecanismos de gestão dos Cuidados de Saúde Primários, principalmente no contexto público. Apesar do salto qualitativo tido com o desenvolvimento das plataformas de transparência do Serviço Nacional de Saúde, estão pensadas, nos CSP, numa lógica de *clinical governance*, mais numa perspetiva de silos do que relação entre diferentes dados e dimensões.

Por outro lado, a mudança significativa na estrutura do SNS com a generalização do modelo Unidade Local de Saúde, trará grandes desafios na conjugação de duas matrizes organizacionais distintas (CSP e Hospitalar) e tantas culturas organizacionais quantas as suas estruturas fundidas, tornando-se prioritário garantir que os CSP possam ser robustos e continuem a ser o alicerce do SNS, quer pela sua abordagem longitudinal e holística quer pela sua custo-eficácia demonstrada.

As propostas e reflexões constantes na presente, quer de instrumentos quer de modelo conceptual, pretendem servir de base a uma discussão alargada sobre as necessidades específicas de planeamento e controlo de gestão, correlacionando e integrando dados e informação para que destes possam resultar conhecimento e uma base técnica de suporte às decisões do gestor. Como dissertação, pretendeu-se ter um olhar mais abrangente, e apesar de baseado, não limitado pelas plataformas existentes, pelo que se tem consciência que, em algumas das métricas e dados propostos, poderá ainda não ser possível fazer a sua colheita automatizada por limitações técnicas.

Os instrumentos desenvolvidos poderão ser também úteis para a gestão diária e governação local nas unidades pelas equipas e coordenadores respetivos. Não obstante, sendo aplicável de algum modo a todas as tipologias de unidades, destina-se principalmente às USF e UCSP pela natureza da

atividade e dos dados recolhidos, podendo existir situações que não se enquadrem no presente modelo.

Apesar de terem sido construídas tendo por base as necessidades e realidade do ACeS Sintra, foi preocupação a possibilidade de aplicação de um modo generalizado a nível regional/nacional, sendo também adaptável a situações futuras (p.ex. acrescentar grupos profissionais, novas tipologias de Unidades, ...).

Como em qualquer sistema de informação, e de um modo mais visível na presente tese, existem questões técnicas que podem limitar a fiabilidade e correlação dos dados: erros de registo, tendo em conta que muita informação clínica e administrativa está dependente de introdução manual e/ou em campos abertos; hardware obsoleto ou inexistente que não permitem a aquisição de dados de forma automática; arquitetura de bases de dados desatualizadas para as necessidades atuais de gestão; múltiplas plataformas pouco comunicantes e com limitações na interoperabilidade.

As necessidades de gestão de um ACeS não se esgotam na proposta apresentada, devendo ser encarada como uma proposta inicial de modelo conceptual, aplicável às situações mais relevantes na área da *clinical governance* e recursos humanos, mas que poderá vir a ser desenvolvida para integrar e abordar outras áreas como definição, quantificação e monitorização de níveis de serviço, necessidades formativas, gestão documental, aprovisionamento, logística e gestão frota, gestão resíduos, transportes de utentes não urgente, entre outros.

Espero assim que a presente reflexão possa servir como base para uma discussão mais alargada a nível regional/nacional sobre as especificidades dos CSP, missão e valores, e necessidades de gestão tendo em vista o seu desenvolvimento, robustez e reforço do papel no Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde na globalidade.

7. Bibliografia

- ACG Johns Hopkins. (n.d.). Disparities In Health Care and How Population Health Analytics Can Help.
- ACSQHC. (2017). National Model Clinical Governance Framework. *NSQHS Standards*, 44. Retrieved from www.safetyandquality.gov.au
- Adams, C., O'Brien, R., & Scruth, E. (2015). Transformational quality in kaiser permanente northern California. *Quality Management in Health Care*, 24(1), 4–8. <https://doi.org/10.1097/QMH.000000000000015>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023, 1–79. Retrieved from https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- American Productivity & Quality Center. (2014). Healthcare Provider Process Classification Framework Overview. Retrieved from www.apqc.org/osb.
- Anderson, M., Averi Albala, S., Patel, N., & Lloyd, J. (2018). Building the economic case for primary healthcare: A Scoping Review, Technical Series on Primary Healthcare. *World Health Organization*. Retrieved from t.ly/gZ94
- Bahreini, R., Gholizadeh, M., Gedik, F. G., Yousefi, M., & Janati, A. (2021). Components of contributing conditions to strengthen health system management and leadership capacity building: a systematic review and decision making framework. *Leadership in Health Services*, 34(4), 527–545. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0006>
- Barbazza, E., Kringos, D., Kruse, I., Klazinga, N. S., & Tello, J. E. (2019). Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4853-z>
- Berman, L., Prust, M. L., Maungena Mononga, A., Boko, P., Magombo, M., Teshome, M., ... Gunda, A. (2022). Using modeling and scenario analysis to support evidence-based health workforce strategic planning in Malawi. *Human Resources for Health*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00730-3>
- Boissoneau, R., Belton, P., & Schwahn, B. (1992). Strategic planning as used by chief executive officers. *Journal of Hospital Marketing*, 6(2), 1–17. https://doi.org/10.1300/J043v06n02_01
- Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., & Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*, 54(5), 1023–1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>
- Campos, A. (2023, August 28). Risco clínico das populações de cada unidade local de saúde vai determinar valor de financiamento. *Público*. Retrieved from

- <https://www.publico.pt/2023/08/28/sociedade/entrevista/risco-clinico-populacoes-unidade-local-saude-vai-determinar-valor-financiamento-2061293>
- Conselho de Ministros. Estatuto SNS - Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de Agosto (2022).
- Constituição da República Portuguesa. DR 1º série n.º 86 (1976-04-10) (1976).
- Correia, T., Gomes, I., Nunes, P., & Dussault, G. (2020). Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? *Health Policy*, 124(3), 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.014>
- Datz, D., Hallberg, C., Harris, K., Harrison, L., & Samples, P. (2012). Strategic workforce planning for a multihospital, integrated delivery system. *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), 362–371. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e31826692d1>
- Dera, J. D. (2019). Risk Stratification: A Two-Step Process for Identifying Your Sickest Patients. *Family Practice Management*, 26(3), 21–26.
- Direção Executiva Serviço Nacional de Saúde. (2023, July 26). Duas Novas Unidades Locais de Saúde no SNS. *Nota Imprensa*. Retrieved from <https://www.sns.min-saude.pt/deliberacoes/duas-novas-unidades-locais-de-saude-no-sns/>
- Esfahani, P., Mosadeghrad, A. M., & Akbarisari, A. (2018). The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(6), 563–574. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2017-0145>
- Firmino-Machado, J., Magalhães, I., Rodrigues, J., Ramos, V., Baptista, S., & Vilas-Boas, B. (2017). Governação de Saúde e Gestão de Proximidade : A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Acta Med Port*, Jun(30(6)), 431–433.
- Henriques, T. A., & O'Neill, H. (2023). Design science research with focus groups – a pragmatic meta-model. *International Journal of Managing Projects in Business*, 16(1), 119–140. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-01-2020-0015>
- Hopkins, K. D., & Sinsky, C. A. (2014). Team-based care: Saving time and improving efficiency. *Family Practice Management*, (November-December 2014), 23–29.
- Hornby, P., & Forte, P. (2003). Human Resource Indicators and Health Service Performance. *Health (San Francisco)*, 1–20.
- James, K. A., Ross, S. E., Vance, B., Nath, R., Harrison, M. I., & West, D. R. (2015). Inefficiency in Primary Care: Common Causes and Potential Solutions. *Family Practice Management*, 20(April), 19–22.
- Junges, J. R., Barbiani, R., & Zoboli, E. L. C. P. (2015). Planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da atenção básica em saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, 19(53), 265–274. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0331>
- KPMG. (2019). Healthcare 2030 - The Consumer at the Center.

- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: O futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saude Publica*, 35, 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042418>
- Lopes, A. G., Narattharaksa, K., Siripornpibul, T., & Briggs, D. (2020). An assessment of management competencies for primary health care managers in Timor-Leste. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(2), 520–531. <https://doi.org/10.1002/hpm.2942>
- Lopes, S., Fernandes, Ó. B., Marques, A. P., Moita, B., Sarmento, J., & Santana, R. (2017). Can Vertical Integration Reduce Hospital Readmissions? A Difference-in-Differences Approach. *Medical Care*, 55(5), 506–513. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000704>
- Martineau, T., Ozano, K., Raven, J., Mansour, W., Bay, F., Nkhoma, D., ... Caffrey, M. (2022). Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. *Human Resources for Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00742-z>
- Mesabbah, M., & Arisha, A. (2016). Performance management of the public healthcare services in Ireland: a review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(2), 209–235. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2014-0079>
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 73, 1.ª série Diário da República § (2017). Retrieved from <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). História do SNS. Retrieved November 13, 2022, from <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde - Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*.
- Neumann, P. J., Palmer, J. A., Daniels, N., Quigley, K., Gold, M., & Chao, S. (2006). A Strategic Plan for Integrating Cost-effectiveness Analysis Into the US Healthcare System, 14(4), 185–188.
- Nicolau, K., Faria, B., & Palos, C. (2021). Primary care from perspective of public health managers: Qualitative study. *Saude e Sociedade*, 30(4), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>
- Nunes, M., & O'Neill, H. (2004). *Fundamental de UML* (3ª Edição). FCA - Editora de Informática.
- Obucina, M., Harris, N., Fitzgerald, J. A., Chai, A., Radford, K., Ross, A., ... Vecchio, N. (2018). The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. *Health Policy*, 122(8), 900–907. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.006>
- Ordem dos Médicos. Regulamento dos Tempos Padrão das Consultas Médicas (2019). Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/124750410/details/3/maximized?serie=II&dreId=124721053>
- PorData. (2021). Saldos populacionais anuais: total, natural e migratório.

- Rodríguez Perera, F. de P., & Peiró, M. (2012). Strategic Planning in Healthcare Organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(8), 749–754. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.04.004>
- Santos, P., Sá, A. B. de, Santiago, L., & Hespanhol, A. (2021). A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(1), 28–35. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i1.12943>
- Shafaghat, T., Bastani, P., Nasab, M. H. I., Bahrami, M. A., Montazer, M. R. A., Zarchi, M. K. R., & Edirippulige, S. (2022). A framework of evidence-based decision-making in health system management: a best-fit framework synthesis. *Archives of Public Health*, 80(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00843-0>
- Shah, N., Tiwari, R., & Brar, G. (2022). Evaluating program planning using an equity framework. *Healthcare Management Forum*. <https://doi.org/10.1177/08404704221102528>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Slack, N., & Brandon-Jones, A. (2021). *Operations Management* (9th Editio).
- Spurgeon, P., Mazelan, P., & Barwell, F. (2011). A management control approach to monitor large-scale change: An illustration in the context of reconfiguration. *Health Services Management Research*, 24(1), 19–28. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2010.010010>
- Swain, S., Aggarwal, D., & Kumar, S. (2020). Addressing health inequity through strategic planning and management. *Indian Journal of Public Health*, 64(4), 417–420. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_343_19
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>
- Tudor Hart, J. (1971). the Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
- United Nations General Assembly. The Universal Declaration of Human Rights (1948). https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9160-5_1049
- WHO. (2018). Declaration of Astana. *Who*, 2893–2894. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- WHO. (2021). Primary Health Care. Retrieved from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- WHO. (2022). Primary Care. Retrieved from <https://www.who.int/teams/integrated-health->

services/clinical-services-and-systems/primary-care

WHO, & UNICEF. (2020). *Operational Framework for Primary Health Care* (Vol. 2009). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>

WHO, & World Bank. (2015). *Tracking Universal Health Coverage - First Global Monitoring Report*, 98.

World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for Universal Health Coverage*. World Health Organization, World Bank Group, OECD. Geneva. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

Zehra, A. B. (2014). Human Resource Management and Its Importance for Today ' s Organizations. *International Journal of Education and Social Science*, 1(2), 85–94.